

糖尿病内科外来 初診時間診票

フリガナ	生年月日	年齢・性別
氏名	年 月 日	() 歳 / 男・女
住所	〒	
電話番号	(自宅)	(携帯)
	緊急連絡先	(続柄)
① はじめて糖尿病といわれたのはいつですか？ <input type="checkbox"/> 覚えていない <input type="checkbox"/> 『 』 歳ごろ・『 』 年前		
その時、どのような症状がありましたか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 症状あり ()		
② 今までに糖尿病の治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ (食事・運動・飲み薬・注射)		
③ これまでに、病気やけがで手術を受けられたことはありますか		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ (歳：) (歳：) (歳：)		
④ 今、現在、治療中の病気はありますか？		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ () () () ()		
⑤ 血のつながりのある方に以下のご病気をお持ちの方はおられますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (下記にチェック)		
<input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 ()		
<input type="checkbox"/> 狭心症 () <input type="checkbox"/> 脳梗塞 () <input type="checkbox"/> 下肢動脈閉塞症 ()		
<input type="checkbox"/> がん () <input type="checkbox"/> その他		
⑥ 身長・体重を教えてください 現在：身長 () cm 体重 () kg		
20歳の体重 () kg 、過去最大の () 歳ごろの体重 () kg		
⑧ タバコは吸いますか？		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている 1日 () 本× () 年		
⑨ お酒は飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 週に () 日、種類・量 ()		
⑩ 何人暮らしですか	() 人暮らし ⇒同居の方 ()	
⑪ 調理担当者は、どなたですか？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他⇒ ()		
* 外食はしますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 週に () 回くらい 内容 ()		
⑫ 間食はされますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> よくする <input type="checkbox"/> たまに ⇒ 内容 ()		
⑬ 運動習慣は、ありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 内容 ()		
⑭ 眼科はいつ受診されましたか？ <input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> () 年 () 月 () 日受診		
⑮ アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 内容 ()		
★ 当クリニックをどのようにして、お知りになりましたか？		
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()		