

問 診 票 (糖尿病内科)

年 月 日	(ふりがな) お名前
-------	---------------

以下の質問にお答えください。

- (1) 今までに糖尿病と言われたことがありますか？ はい いいえ
『はい』の場合 糖尿病と言われたのはいつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月頃

その後、自分なりに注意したことはありますか？

(_____)

- (2) 糖尿病で他の医療機関で診察を受けたことがありますか？

はい _____ 年 _____ 月頃 いいえ

医療機関名 (_____)

処方されている薬はありますか？ はい いいえ

『はい』の場合 薬手帳あり → 手帳を提出して下さい。

薬手帳なし → 薬剤名 (_____)

- (3) 今までで一番重かった体重は何 k g ですか？また、20 歳の時の体重は何 k g ですか？

年齢 _____ 歳の時 体重 _____ kg

年齢 20 歳の時 体重 _____ kg

- (4) 現在、当てはまる症状 全て に印をつけてください。(複数回答可)

のどの渇き 尿が近い (_____ 回/日)

嘔気・嘔吐 体重が減った 倦怠感 (体がだるい)

手足のしびれ 手足が冷たい 物が見えにくい

その他 (_____)

- (5) 糖尿病以外 に治療中の病気や手術歴はありますか？当てはまるもの 全て に印をつけてください。(複数回答可)

高血圧 胃腸 心臓

腎臓 肝臓 眼

その他 (_____)

医療機関名 (_____)

プルメリア糖尿病内科クリニック

現在、処方されている薬はありますか？

- はい 薬手帳あり → 手帳を提出下さい。 いいえ
薬手帳なし → 薬剤名 ()

手術を受けられた方 _____年 _____月頃
手術名 ()

- (6) 薬・食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ
『はい』の場合 薬剤名 ()
食品名 ()

- (7) 血縁者のなかで以下の病気にかかった方はいますか？ (いない場合は空白)
糖尿病 () 高血圧 ()
心臓病 () 癌 ()
その他 ()

- (8) アルコールを飲みますか？ 飲む 飲まない
『飲む』場合 種類 () 1日量 ()

- (9) 清涼飲料水、ジュースなどを飲みますか？ 飲む 飲まない

- (10) タバコを吸いますか？ 吸う 吸わない
『吸う』場合 1日 () 本を () 年間

- (11) 民間療法を行ったり、サプリメントを飲んだりしていますか？ はい いいえ
『はい』の場合 種類 () 1日量 ()

- (12) マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

- (13) この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ はい いいえ
『はい』の場合 受診時期 ()
指摘項目 ()

他の医療機関からの紹介状はありますか？ はい いいえ

- (14) <女性の方のみ> 現在、妊娠中または授乳中ですか？
 はい いいえ
妊娠中の方 () 週

ありがとうございました。