

ふりがな 名前	生年月日	年	月	日 (歳)
住所	(職業) (配偶者 有・無)			
電話番号 (自宅)				
(携帯)	(緊急連絡先)	(続柄:)		
・よろしければ、当院を選んだ理由を教えてください。 (他院より紹介状持参、知り合いからの紹介、インターネットを見て、その他)				
・今日は食事をしてきましたか? (はい・・⇒ 時頃 いいえ)				
・家族構成を教えてください。() = _____人暮らし				
・主に食事を作る人はどなたですか? ()				
・かかりつけの眼科はありますか? ()				

○オンライン資格確認による情報提供として、薬剤情報の閲覧に同意しますか? (はい・いいえ)
 特定健診の情報閲覧に同意しますか? (はい・いいえ)
 ○限度額適用認定証明に同意しましたか? (はい・いいえ)

● 受診理由

- ・ () 健康診断で再検査と言われた。
- ・ () 別の施設で糖尿病の治療をしているが、こちらのクリニックで診てもらいたい。
- ・ () 診療は受けていないが気になる症状がある。あるとすれば、どんな症状ですか?
()
- ・ () その他 ()

● 既往歴

()

● 今現在、服用している薬

() (お薬手帳がある方は提示してください。)

★薬や食べ物のアレルギーはありますか? (ある ない)

あるに○をつけた方・・(薬剤:) (食べ物:)

*お酒は飲みますか? (はい /日・いいえ) *タバコは吸いますか? (はい 本/日・いいえ)

*身内で糖尿病の方はいらっしゃいますか? (いる・・⇒ _____ ・ いない ・ わからない)

心筋梗塞の方は? (いる・・⇒ _____ ・ いない ・ わからない)

脳卒中の方は? (いる・・⇒ _____ ・ いない ・ わからない)

*今 現在の

体重 k g 身長 c m 血圧 / mmHg

●血糖 mg/dl ●HbA1c % ●尿糖 () ●尿蛋白 ()

*あなたの体重について

①20歳頃の体重は? (k g)

②これまでの最大の体重は? (k g) それは何歳頃でしたか? (歳頃)