

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)