□入力済　□Dr.確認済

（ＩＤ：　　）　　年　　月　　日

ふりがな

名前　　生年月日　Ｓ・Ｈ　　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下さい。

（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 ）

・家族構成を教えて下さい。（　　）＝＿＿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　　ｋｇ　身長　　ｃｍ　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？（　　ｋｇ）

②これまでの最大の体重は？（　　ｋｇ）それは何歳頃でしたか？（　　歳頃）