

野島内科医院 初診 糖尿病問診票

※こちらにご記入いただきました個人情報は当院の定めた使用目的の範囲内で使用いたします。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

(記入日 年 月 日)

フリガナ 氏名 (男・女)	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所: 〒 -	(マンション・アパート名)
電話番号:<自宅>	<携帯>
※ <u>ご家族や来院時の同伴者、緊急時連絡先についてお知らせください。</u>	
家族構成(同居、非同居問わず): 配偶者(無・有)、子供(無・有(息子 人、娘 人)) 同居の家族: 無・有(人暮らし)	
緊急連絡先: 氏名	続柄()
住所: 〒 -	(マンション・アパート名)
電話番号:<自宅>	<携帯>

➤ マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか? はい いいえ

➤ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? はい いいえ

➤ 本日は、どのような症状で来院されましたか?

の渇き・体のだるさ・手足のしびれ・尿が近い・多飲

その他()

その症状はいつ頃から出ましたか?

今日・()日前・()週間前・()カ月前・()年前

➤ 過去に大きな病気、手術、入院などの経験はありますか? いいえ はい

____ 歳の時(又は ____ 年) _____ 病院で _____ (病名)の 治療 / 手術

____ 歳の時(又は ____ 年) _____ 病院で _____ (病名)の 治療 / 手術

____ 歳の時(又は ____ 年) _____ 病院で _____ (病名)の 治療 / 手術

____ 歳の時(又は ____ 年) _____ 病院で _____ (病名)の 治療 / 手術

➤ 現在治療中の病気はありますか?

いいえ はい 中断 (病名 _____ 病院・医院名 _____)

♪♪ 裏面に続きます ♪♪

- 現在お薬を服用されていますか？ いいえ はい()
- お薬手帳をお持ちですか？ いいえ はい ※お持ちの方は受付へお出してください。
- この1年間で健診を受けましたか？ いいえ はい
健診の結果で何か指摘されましたか？()
- サプリメントや健康食品を利用していますか？ いいえ はい ()
- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
いいえ はい (薬: 食品: その他:)
- 粉薬は服用できますか？ いいえ はい
- お酒は飲まれますか？ いいえ はい 以前は飲んでいた
● 種類: ビール・焼酎・日本酒・その他()
● 量 : ()ml・()合・()本
● 回数: 毎日・週に()回・月に()回
- タバコは吸いますか？ いいえ はい 以前は吸っていた(歳でやめた)
● (1日 本、 歳 ~ 歳)
- 新型コロナウイルスワクチンの接種について
接種済 (回数 回) (最終接種日 年 月 日) 未接種
- どのような御職業でしょうか？ 現在() 昔の職業()
- 普段のおおまかな生活リズムを教えてください。
起床()時 朝食()時 昼食()時 夕食()時 就寝()時
- 御家族の方に糖尿病の方はおられますか？
いいえ はい()
- 初めて血糖値が高い、尿から糖が出ている、糖尿病、と言われたのはいつ頃ですか？
()歳頃・()年前・今回初めて
- 今までで一番体重が重かったのは何歳の時の何 kg ですか？
()歳頃・()kg
- 介護保険証はお持ちですか？ いいえ はい ※お持ちの方は受付へお出してください。
- 女性の方へ
妊娠またはその可能性はありますか？ いいえ はい(予定日___年___月___日)
- 当院を何でお知りになられたか○をつけてください。
1. 知人からの紹介()様) 2. 他の病院からの紹介 3. 看板を見た
4. 新聞の広告を見た 5. 当院のホームページを見た 6. インターネットを見た
7. 家から近い 8. 近くに勤めている 9. その他()

なお、初診の方は尿検査をさせていただきます。

ご協力ありがとうございました。