

初診問診票

ID _____

初診の方はご記入お願いいたします。

令和 年 月 日

フリガナ			
氏名			□男 □女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	年齢 歳
住所	〒		
電話番号	【自宅】	【携帯】	
	【緊急連絡先】	(続柄	お名前)
●当院を知ったきっかけを教えてください。	□医療機関からの紹介 () □知人家族からの紹介 □看板 □インターネット □近所 □チラシ □その他 ()		

●本日はどのような症状でいらっしゃいましたか。

- ・糖尿病(または血糖値が高い) ・高血圧 ・高コレステロール ・甲状腺(病名_____)
- ・風邪(症状_____ (最高体温 _____℃))
- ・その他 (_____)

●上記の病気で、治療を受けましたか。

- ・いいえ ・はい ※「はい」の場合、ご記入ください。〔病院名: _____〕

●現在、内服している薬がある場合、ご記入ください。 お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬: _____

●アレルギーをお持ちですか。

- ・いいえ ・はい [アレルギー名: _____ 症状: _____]

●日常生活について、お答え下さい。

たばこについて ・吸わない ・吸っていた ・吸っている

※「吸っている」または「吸っていた」の場合は1) 2) にお答え下さい

1) 1日に () 本くらい 2) () 年間くらい

アルコールについて ・飲まない ・毎日 ・週 () 日 ・月 () 日

※「飲まれる方」はご記入下さい。 お酒の種類: _____ 量: _____

●今までに手術を受けたことはありますか。

- ・なし ・あり [病名: _____ 時期: _____]

●今までに輸血を受けたことはありますか。

- ・なし ・あり

●女性の方のみお答え下さい。

現在、妊娠中または授乳中ですか: ・いいえ ・妊娠中 (_____ ヶ月) ・妊娠の可能性あり ・授乳中

※糖尿病で受診の方は裏面のご記入をお願いいたします。

●身長 _____ c m

●体重 _____ k g

●職業 _____

●同居している家族はいますか。 ・単身 ・同居 _____ 人

●血縁の方に糖尿病の方はいますか。

1. いる 2. いない

●糖尿病（または血糖値が高い）と初めて言われたのは何歳のときですか。

_____ 歳ごろ

●間食はしますか。

1. いいえ 2. はい （どれくらい食べますか？ _____）

●ジュースは飲みますか。

1. いいえ 2. はい （どれくらい飲みますか？ _____）

●糖尿病の薬（経口血糖降下薬）を内服していますか。

1. はい（ _____ 歳から）

2. いいえ

●インスリン注射をしていますか。

1. 注射している（ _____）歳から

2. 注射していない

●今現在、何か症状はありますか。症状をご記入下さい。

●現在の足の状態について該当するものに○をつけて下さい。（症状がある方は足型の場所に印をつけて下さい）

1. 感覚が鈍っている 2. 痛みやしびれを感じる 3. 悪臭 4. 腫れ 5. 靴擦れ

6. タコ（胼胝） 7. 傷（切り傷、ひっかき傷） 8. 化膿

9. その他（ _____ ）



●下記の病気を指摘されたことがありますか。

・糖尿病性網膜症（眼底出血など） 1. ある（ _____ 歳から） 2. なし

・糖尿病性腎症（尿タンパク） 1. ある（ _____ 歳から） 2. なし

・心臓病 1. ある（ _____ 歳から） 2. なし

・脳卒中 1. ある（ _____ 歳から） 2. なし

以上となります。ご記入ありがとうございました。