

# 【受診票】

来院日： 年 月 日 ID: \_\_\_\_\_

フリガナ			
氏名			
生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成 ( 歳)	性別	男・女
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

緊急連絡先	氏名	(続柄： )	
	電話番号	携帯番号	

質問事項	回答欄	
1. 30日以内に本人もしくは身近な方が海外へ行かれましたか？	はい	いいえ
2. 薬のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
3. 2で「はい」と回答した方は詳細を記入してください。		
4. 食べ物のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
5. 4で「はい」と回答した方は詳細を記入してください。		
6. その他アレルギーがありましたら、詳細を記入してください。		
7. 介護保険について		
7-1. 介護保険申請されていますか。	はい	いいえ
7-2. 7-1で「はい」と回答した方は認定区分を選択してください。	要支援1	要支援2
	要介護1	要介護2
	要介護3	要介護4
	要介護5	

## 【情報共有に関する同意】

糖尿病内科むらまえクリニックでは、糖尿病内科まつだクリニックと連携しており、診療情報について共有が可能となっております。

情報共有について同意を得られない場合は診療上支障をきたす場合もあるため、恐れ入りますがお申し出ください。

# 糖尿病 問診票

お名前

1.	今までに <b>糖尿病と指摘</b> されたことがありますか。						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ____歳頃						
2.	今までに <b>かかったことのある病気</b> 、または <b>現在治療中の病気</b> に○をつけてください。						
	糖尿病	高血圧	脂質異常症	心疾患	肝疾患	腎疾患	がん
	胃・十二指腸潰瘍		気管支喘息		結核		
	その他 [ _____ ]						
3.	現在の <b>糖尿病治療状況</b> について当てはまるものを選択してください。						
	<input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> インスリン以外の注射 <input type="checkbox"/> 食事・運動療法 <input type="checkbox"/> 無治療						
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
4.	現在の <b>症状</b> について当てはまるものを選択してください。						
	<input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> のどがよく乾く <input type="checkbox"/> 水分をよくとる <input type="checkbox"/> 尿回数が多い <input type="checkbox"/> すぐ空腹を感じる						
	<input type="checkbox"/> 太ってきた <input type="checkbox"/> やせてきた <input type="checkbox"/> めまいがある <input type="checkbox"/> たちくらみがする						
	<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]						
5.	血のつながった方で下記の <b>病気</b> の人はいますか。						
	<b>糖尿病</b> ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	<b>高血圧</b> ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	<b>脳梗塞</b> ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	<b>心筋梗塞</b> ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
6.	<b>仕事</b> について教えてください。						
	仕事の種類： <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 外回り <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	勤務時間：____時間/日 ____回/週 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
7.	日々の <b>運動状況</b> について教えてください。						
	運動の頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ____回/週 <input type="checkbox"/> 運動しない <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	運動の種類： <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> ジョギング <input type="checkbox"/> ジム <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> スポーツ						
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
8.	<b>食事</b> について教えてください。						
	回数：____回/日 調理者：本人 ・ その他 ( _____ )						
	時間：( _____ )						
9.	<b>嗜好品</b> について教えてください。						
	1日のアルコール量：( _____ ) 1日のたばこ量：( _____ )						
10.	<b>体重</b> について教えてください。						
	過去最高の体重：____kg その時の年齢：____歳 20歳時点の体重：____kg						
11.	その他						