

身長： cm、 体重 kg、 今日の体温 °C

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢・性別	歳	男性 / 女性		
ご住所	〒					
お電話番号	自宅：		携帯：			

ご希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する□に☑をご記入ください。

**本日はどのようなことでご来院されましたか？ 特に希望されることがあればお書きください。**

- 検診などで糖尿病が疑われた       糖尿病を疑う症状があり検査をしてほしい
  - 糖尿病の治療を再開したい (以前の治療内容：注射製剤・飲み薬・薬なし)
  - 他院から紹介をうけた (診療情報提供書 あり・なし)
- これまでの採血結果がわかる書類などがございましたら、受付へご提出ください。

その他・ご希望など { }

- 症状**       あり      **それは、いつからですか？** { }  なし
- のどがかわく       たくさん水分を飲む       尿量が多い       体重が減る
  - 足がつる       手足がしびれる       立ちくらみ       ものが見にくい
  - 便秘・下痢       尿から甘い匂いがする       足の爪が厚い、にごっている

その他 { }

**これまでのご病気はありますか？**

- 高血圧症 ( 歳)       糖尿病 ( 歳)       脂質異常症 ( 歳)
  - 高尿酸血症 ( 歳)       喘息 ( 歳)       心筋梗塞 ( 歳)
  - 脳梗塞 ( 歳)       癌 ( 歳)      { 部位： }
  - 尿路結石 ( 歳)       前立腺肥大症 ( 歳)       過活動膀胱 ( 歳)
  - 不整脈 ( 歳)       腎臓病 ( 歳)       胃潰瘍 ( 歳)
  - 緑内障 ( 歳)       精神疾患 ( 歳)       骨粗鬆症 ( 歳)
- その他 { }

**現在飲んでいる薬・**

**来院前まで飲んでいた薬** { }

— お薬手帳など処方内容が分かる書類がございましたら、受付へご提出ください。

**【裏面へ続きます】**

糖尿病は生活習慣と経過が大切なご病気なので、皆様の生活にあわせた診療のためにご協力下さい。

<b>アレルギー</b>	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎
<b>薬・食物</b>	〔 〕		
<b>ご家族のご病気</b>	かつこの中に、続柄をお書きください。		
<input type="checkbox"/> 高血圧症	( )	<input type="checkbox"/> 糖尿病	( )
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	( )	<input type="checkbox"/> 癌	( )
<input type="checkbox"/> 心疾患	( )	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	( )
<b>糖尿病の方がご家族にいらっしゃる方</b>			
ご家族の方は、注射製剤を使用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
ご家族の方は、透析をうけていらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
女性の方：現在、妊娠されている可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>体重の変化</b>	20歳時の体重	kg	最高体重
最近体重の変化はありましたか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	kg ( 歳頃)
	( )	カ月・年で	( ) kg 減った・増えた
<b>喫煙</b>	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> やめた ( ) 本/日 ( ) 歳まで
<b>飲酒</b>	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	週 ( ) 日 種類・量 ( )
<b>ご職業</b>	( )	当てはまる項目があれば○をつけてください デスクワーク中心・身体を動かすことが多い・夜間勤務あり・高所作業あり	
<b>運動</b>	運動習慣	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	運動内容( )	頻度(週・月	回) 時間( ) 分)
<b>食事</b>	1日	食	
朝食	<input type="checkbox"/> 自炊	<input type="checkbox"/> 外食	<input type="checkbox"/> 総菜などを購入して自宅で食べる。
昼食	<input type="checkbox"/> 自炊	<input type="checkbox"/> 外食	<input type="checkbox"/> 総菜などを購入して自宅で食べる。
夕食	<input type="checkbox"/> 自炊	<input type="checkbox"/> 外食	<input type="checkbox"/> 総菜などを購入して自宅で食べる。
<b>清涼飲料水</b>	<input type="checkbox"/> 飲む	内容 ( )	週 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 飲まない
<b>間食</b>	<input type="checkbox"/> 食べる	内容 ( )	週 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 食べない
<b>菓子パン</b>	<input type="checkbox"/> 食べる	(食事として食べる・間食として食べる) <input type="checkbox"/> 食べない	
<b>果物</b>	<input type="checkbox"/> 食べる	内容 ( )	週 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 食べない
<b>糖尿病と診断されている方</b>			
糖尿病網膜症の検査のために眼科を受診されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
最後に眼科を受診したのは、いつですか？	( )	月・年	前
<b>出産されたことがある女性の方</b>	妊娠糖尿病といわれたことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
<b>ご来院いただいたきっかけ</b>	<input type="checkbox"/> 1.クリニック外観	<input type="checkbox"/> 2.電柱広告	<input type="checkbox"/> 3.ホームページ, google
<input type="checkbox"/> 4.医療情報サイト(Caloo, 病院ナビ, 東京ドクターズ, EPARK, ドクターズファイル)	<input type="checkbox"/> 5.知人のご紹介	<input type="checkbox"/> 6.医療機関の紹介(病院: )	<input type="checkbox"/> 7.その他( )
<b>ご来院の交通手段は？</b>	<input type="checkbox"/> 1.徒歩	<input type="checkbox"/> 2.自転車	<input type="checkbox"/> 3.バイク <input type="checkbox"/> 4.自動車 <input type="checkbox"/> 5.電車 <input type="checkbox"/> 6.バス <input type="checkbox"/> 7.タクシー