問診票

ご氏名	

*レ点ご記入お願いします。(**可能な範囲で構いません**)

1. 糖尿病を初めて指摘されたのは何歳頃ですか？またそれはどこで指摘されましたか？

   □(　　)歳頃　□健診で指摘　□病院（　　）　□今回が初めて

2. 今回ご来院されたきっかけを教えて下さい。

   □健康診断で指摘を受けた　□症状があった　□他院で指摘を受けた(病院名　　)

3. 次の症状はありますか?(複数回答可)

   □のどの渇き　□多飲　□多尿　□だるい　□疲れやすい　□体重が急に減った　□体重が急に増えた
   □神経痛　□足底や足先のピリピリ感　□足の冷感　□足のむくみ　□便秘　□下痢　□動悸
   □立ち眩み　□勃起不全　□視力低下　□目がかすむ　□その他(　　)

4. 糖尿病の治療はされていますか? (複数回答可)

   □特に治療はしていない　□食事療法　□運動療法　□インスリン注射　□薬を飲んでいる

5. 過去最高体重(　　歳頃　　Kg)(妊娠中は除く)　20 歳の頃の体重(　　)Kg

6. 過去または現在、以下の病気にかかった事はありますか?(複数回答可)

   □高血圧　□脂質異常　□糖尿病　□心筋梗塞　□狭心症　□肝臓病　□腎臓病　□緑内障
   □脳梗塞　□脳出血　□前立腺肥大　□その他（　　）

7. 眼科に受診した事はありますか? □なし　□あり(最終受診日　　年　　月　頃)

8. 現在飲んでいる薬はありますか? □なし　□あり→お薬手帳を受付窓口へお出し下さい

9. 家族(血縁者)に次の病気の方はいますか? いる場合は**続柄**を記入して下さい

   糖尿病(　　)脂質異常症(　　)高血圧(　　)脳梗塞(　　)心筋梗塞(　　)

10. 喫煙について　□吸わない　□吸う（　　本/日）□過去に喫煙していた(　　歳～　　歳まで　　本/日)

11. 飲酒について　□飲まない　□飲む(　　を　　杯くらい　　回/週　)

12. 食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか?　□なし　□あり(　　)

13. ウォーキングなどの運動習慣はありますか？　□ある　□なし

14. 食事・間食習慣について

    □間食する(　　回/日)　□しない　1 日の食事は　□3 食食べる　□2 食以下

☆女性の方へ　現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか?

□いいえ　□はい（妊娠中　妊娠の可能性あり　授乳中）

※裏面の記載もお願いします

糖尿病・内分泌内科

問診票

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

1.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？　（はい　　いいえ）

　　→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。

2.本日は他院からの紹介状を持参していますか？　（はい　　いいえ）

3.現在他の医療機関に通院していますか？　（はい　　いいえ）

　医療機関名　（　　）

　治療内容　　内服・点滴・手術・経過観察・その他（　　）

4.直近 1 年以内に検診（特定健診・高齢者健診）を受診しましたか？

　受診日（　　）　　指摘事項（　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願いします。

※裏面の記載もお願いします

糖尿病・内分泌内科