

発行年月日

ID

氏名

様

糖尿病診療申込書

フリガナ				性別	
氏名					
生年月日	年	月	日	満	歳
住所	〒 -				
第一連絡先				第二連絡先	
身長	cm	体重	kg		
1. 本日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
2. 本日、受診される理由をうかがいます。					
<input type="checkbox"/> 通院希望 <input type="checkbox"/> 検査希望 <input type="checkbox"/> 紹介状持参 <input type="checkbox"/> その他 ()					
3. 今までにかかった病気、ケガ、入院、手術などがありますか？					
() () ()					
4. あなたの体重について					
20 歳頃の体重は？ () kg					
これまで最も太った時の体重は何 kg ですか？ () 歳頃 () kg					
5. 糖尿病の治療歴について					
これまでに糖尿病の治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ					
※はいと答えた方にうかがいます。 はい ・ いいえ					
・ 栄養指導を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ					
(はいと答えた方のみ) 1 日の指示エネルギー kcal					
・ 内服薬 (飲み薬) を処方されたことはありますか？ はい (薬品名) ・ いいえ					
・ インスリン注射をしたことはありますか？ はい (薬品名) ・ いいえ					
・ 眼科受診 (眼底検査等) をしたことはありますか？ はい ・ いいえ					
6. 祖父母、両親、兄弟、子供、おじ、おば、で該当する病気の方はいらっしゃいますか？					
糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 ・ 高血圧症 ・ 心臓病 ・ 結核 ・ 肝臓病 ・ がん					
7. アレルギーの有無について					
・ 食品 あり () なし					
・ 薬品 あり () なし					
8. 嗜好品について					
・ 喫煙 吸っている () 年間) 吸わない					
過去に吸っていた () 年間)					
・ アルコール 飲む (量:) (週 回) 飲まない					

看護師確認

■ 上記症状により診療の申し込みを致します。