

ご記入日：R 年 月 日

# 初診時間診票 (糖尿病・生活習慣病)

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ( ) 歳
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
ご住所	〒 -	自宅電話	( ) -	
		携帯電話	( ) -	
		緊急連絡先 (ある方のみ)	( ) -	
		ご連絡先： <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃)		

該当する項目に☑をお付け下さい。ご記入が済みましたら、受付までお持ちください。

<b>①20歳時の体重と比べて、現在の体重は</b>	
現在の体重 ( ) 身長 ( ) cm	
<input type="checkbox"/> 増えた : ( ) kg増えた	※20歳以下の方は現在の体重のみご記入ください。 ※体重の変化は治療において重要な項目です。
<input type="checkbox"/> 減った : ( ) kg減った	
<input type="checkbox"/> 変わらない	
<b>②ご家族の既往歴について</b>	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>③手術歴について</b>	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	いつごろ ( ) 病名 ( ) 部位 ( )
<b>④現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気について</b>	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>⑤飲んでいるお薬について</b>	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	薬品名 ( ) ・お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください
<b>⑥アレルギーについて</b>	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	薬品名 ( ) 食品名 ( )
<b>⑦飲酒について</b>	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	( ) 歳から 頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 月に ( ) 回 量：お酒 ( ) 合 ビール350ml ( ) 本 ワイン ( ) 杯
<b>⑧喫煙について</b>	
<input type="checkbox"/> あり	※「あり」とお答えの方のみ
<input type="checkbox"/> なし	( ) 歳から 本/日 禁煙 ( ) 歳から
<b>⑨本日、検査の結果をご持参でしょうか</b>	
<input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方は、下記の資料をお持ちでしたら受付にご提示ください
<input type="checkbox"/> いいえ	・健診の再検査 ・紹介状のご持参 ・他院の検査結果のご持参
<b>⑩栄養相談を希望されますか</b>	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>⑪女性のみご記入ください</b>	
<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ) か月	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性なし
<b>⑫何を見て当院にご来院されましたか</b>	
<input type="checkbox"/> 看板	<input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )

治療効果を向上させる為、薬局と診療情報を共有させていただきますので、ご了承願います。