

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	年 月 日
お名前			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和	(歳)
		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)	()	-
		基本ご連絡先: <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。

①20歳時の体重と比べて、現在の体重は	
現在の体重()kg	
<input type="checkbox"/> 増えた : () kg増えた	
<input type="checkbox"/> 減った : () kg減った	※20歳以下の方は現在の体重のみご記入ください。
<input type="checkbox"/> 変わらない	※体重の変化は治療において重要な項目です。
②ご家族の既往歴について	
<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()
③手術歴について	
<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()
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	
<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()
⑤飲んでいるお薬について	
<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
⑥アレルギーについて	
<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()
⑦飲酒について	
<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 ワイングラス()杯
⑧喫煙について	
<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
⑨本日、検査の結果をご持参でしょうか	
<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
⑩栄養相談を希望されますか	
<input type="checkbox"/> はい	
<input type="checkbox"/> いいえ	
⑪女性のみご記入ください	
<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

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。