

糖尿病・内分泌内科問診票

年 月 日

患者番号

氏名 様 歳 男性・女性

① 現在のお仕事(例:会社にて営業, 自宅にて農業)

【 】

② 現在の症状, 受診をすることになった症状を具体的に記入して下さい

(いつ頃から発症など。書ききれない場合は裏面もご使用下さい)

③ その他にも該当する症状があれば○で囲んで下さい

・ だるい ・ 疲れやすい ・ むくみ ・ 発疹 ・ 頻尿 ・ 口が渇く ・ 熱っぽい
・ 発熱(°C) ・ 痛み(部位) ・ しびれ(部位)

④ 食欲【旺盛・普通・減った】 便通【 日 回 便秘薬使用】

⑤ 身長【 cm】 体重【 kg】 最高体重【 歳頃 kg】

⑥ 現在通院または入院している病院はありますか はい(下記記入)・いいえ

病院名 / 病名
病院名 / 病名

⑦ 他院で入院(日帰り含む)されたことはありますか

病院名 / 病名 / 入院日 年 月
病院名 / 病名 / 入院日 年 月

⑧ 今までに薬のアレルギーはありますか はい【薬品名】・いいえ

⑨ 喫煙状況 ・吸う ・紙巻きタバコ(種類)(1日 本× 年)
・加熱式タバコなど(種類)(1日 / 年)
・電子タバコの使用(・あり ・なし)

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入をお願いします。

・吸わない
・やめた(・ 年前 ・ ヶ月前 ・ 日前 から禁煙)

受動喫煙:同居者で喫煙している人はいますか ・いる(喫煙者の続柄:)・いない

⑩ アルコール ・飲む(酒 合・ビール 本・焼酎 合) ・飲まない ・やめた

⑪ 血縁の方に下記の病気の方はありますか はい(下記記入)・いいえ

・ 糖尿病() ・ 甲状腺() ・ 喘息() ・ 高血圧()
・ がん(どこの) ・ 肝臓病() ・ 腎臓病()
・ 心臓病() ・ リウマチ() ・ 貧血() ・ 痛風()
・ 緑内障() ・ 脳卒中() ・ その他

⑫ 6ヶ月以内に渡航しましたか 【はい・いいえ】

『はい』の方 【国名 /期間 年 月 日~ 年 月 日】

⑬ 女性のみお答え下さい

最終月経【 年 月 日】

妊娠中【第 週】・閉経後

出産歴【なし・あり】 妊娠歴【なし・あり】

⑭ マイナ保険証による診療情報に同意しましたか はい・いいえ

⑮ 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい【医療機関名: 】・いいえ

⑯ この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診していますか

はい【受診時期: 指摘事項: 】・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ありがとうございました