

# 初診の方へ（糖尿病）

:

来院日( )年( )月( )日
フリガナ
名前 ( )
生年月日 T. S. H. ( )年( )月( )日
年齢 ( )歳
性別 男 ・ 女
住所 〒
( )
電話番号 (自宅 )
(携帯 )

1. 身長、体重、最高体重をお書き下さい。

身長                    cm / 体重                    Kg                    / 最高体重                    kg

20歳時の体重は                    Kg

2. いつ頃からどのような症状ですか？(いつ頃から指摘されていますか？)

3. 家族(血縁)に糖尿病あるいは血糖が高いと言われている方がいますか？

はい ・ いいえ

→いる場合はどなたですか？

どのように治療してきましたか？有か無に○をしてください。

有の場合はその横に内容を記載してください。

入院治療: 無、有 →

食事療法: 無、有 →                    年   月より                    Kcal

内服加療: 無、有 →                    年   月より                    を                    mg

インスリン治療: 無、有 →                    年   月より                    を                    単位 / 日

5. 今までに大きな病気をされた事がありますか？

(お薬によるアレルギーも含めて、もし合わないものがありましたらお書き下さい。)

6. お酒は飲みますか？

(お飲みになる場合は、種類、量をお書きください)

なし   あり( )杯/日・月

7. 常用薬品、常用しているサプリメントはありますか？

(ある場合はお書き下さい。)

はい                    いいえ

8. 喫煙しますか？

なし                    あり( )本/日

過去に吸っていた

9. 睡眠はよくとれていますか？

はい                    いいえ → 眠りにつきにくい

途中で何度も起きてしまう  
早朝に目覚める

10. 妊娠あるいはその可能性がありますか？

いいえ

はい ( )週目

・授乳していますか？

いいえ

はい (→出産日                    年   月   日)

11. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

a) インターネット

b) どちらかからの紹介(紹介者                    )

c) 職場が近所、家が近い