

問診表

あじさい内視鏡クリニック

ふりがな

氏名 _____

年齢 _____ 歳

〒 _____

住所 _____

電話番号 () _____

性別 男性 女性 身長 _____ cm / 体重 _____ kg 体温 _____ 度

◆ 具合の悪いところを具体的に記入してください。どこがどのように悪いですか

◆ 上の症状はいつからですか？

◆ 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？ はい いいえ

年 月 日から にかかっている

◆ これまでににかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃かご記入ください

<input type="checkbox"/> 喘息(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 肺炎(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 結核(肋膜炎)(_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 高血圧(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 肝臓病(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 腎臓病(_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 糖尿病(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 脳卒中(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> がん(_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 心臓病(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

◆ 今までに手術を受けたことがありますか？

なし あり (病名: _____ 時期: _____)

◆ 薬のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)

食物のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)

◆ 現在、飲んでいる薬はありますか？あればご記入ください

なし あり (薬名: _____)

◆ タバコ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 _____ 本/約 _____ 年間)

◆ アルコール 飲まない 以前から禁酒が続いている

飲む: 毎日 ときおり 機会があれば (種類: _____ /1回 _____ 杯)

◆ 女性の方へ 妊娠している可能性は？ ない ある

◆ 来院きっかけ ホームページ 知人の紹介 看板 その他(_____)

記入が済みましたら、受付にお出してください

問診票(糖尿病内科を受診希望の方)

1. 糖尿病または糖尿病の疑いと診断されたことはありますか？ はい いいえ
- はいと答えた方 a. それはいくつのときですか？ _____ 才
- b. 現在治療はしていますか？ はい いいえ
- 治療をしている場合 かかっている医療機関名: _____
- 使用している薬の名前: _____
2. 今は何か症状はありますか？
- のどが渇く・おしっこに頻繁に行く・食べているのに急に体重が減った
- その他(_____)
3. 20歳のときの体重は？ _____ Kg
4. 今まで一番太っていたときの体重は？それは何歳のとき？ _____ Kg(_____ 歳)
5. 血のつながった親戚に糖尿病の患者さんはいますか？(例:父方の叔父)
- はい (_____) いいえ
6. 血のつながった親戚に脳卒中や心筋梗塞になられた方はいますか？ はい いいえ
7. 糖尿病のほかに何か気になる病気はありますか？ はい いいえ
- はいと答えた方 a. 何の病気ですか？ (_____)
- b. どちらの医療機関にかかっていますか？ (_____)
- c. 今、薬を飲んでいますか？ (_____)
8. 食事の準備はどなたがされていますか？ (_____)
9. 食事の規則は正しいですか？(時間を記入してください)
- 朝食 _____ : _____ または 食べない 昼食 _____ : _____ または 食べない
- 夕食 _____ : _____ または 食べない 夜食 _____ : _____ または 食べない
10. 食事は外食が多いですか？ はい いいえ
11. 甘いジュース・ソフトドリンクは飲みますか？ はい いいえ
- はいの場合、一日どれくらい飲みますか？ 例:コーラ 500ml (_____)
12. 好き嫌いがありますか？ 例:野菜を食べない、脂っこいものが好き、甘いものが好き
- (_____)
13. 運動の習慣はありますか？ はい いいえ

御協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。