

【受診票】

来院日： 年 月 日 ID:

フリガナ			
氏名			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 (歳)	性別 男・女
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

緊急連絡先	氏名	(続柄：)	
	電話番号	携帯番号	

質問事項	回答欄	
1. 30日以内に本人もしくは身近な方が海外へ行かれましたか？	はい	いいえ
2. 薬のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
3. 2で「はい」と回答した方は詳細を記入してください。		
4. 食べ物のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
5. 4で「はい」と回答した方は詳細を記入してください。		
6. その他アレルギーがありましたら、詳細を記入してください。		
7. 介護保険について		
7-1. 介護保険申請されていますか。	はい	いいえ
7-2. 7-1で「はい」と回答した方は認定区分を選択してください。	要支援1	要支援2
	要介護1	要介護2
	要介護3	要介護4
	要介護5	

糖尿病 問診票

お名前

1.	今までに 糖尿病と指摘 されたことがありますか。						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ____歳頃						
2.	今までに かかったことのある病気 、または 現在治療中の病気 に○をつけてください。						
	糖尿病	高血圧	脂質異常症	心疾患	肝疾患	腎疾患	がん
	胃・十二指腸潰瘍		気管支喘息		結核		
	その他 [_____]						
3.	現在の 糖尿病治療状況 について当てはまるものを選択してください。						
	<input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> インスリン以外の注射 <input type="checkbox"/> 食事・運動療法 <input type="checkbox"/> 無治療						
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)						
4.	現在の 症状 について当てはまるものを選択してください。						
	<input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> のどがよく乾く <input type="checkbox"/> 水分をよくとる <input type="checkbox"/> 尿回数が多い <input type="checkbox"/> すぐ空腹を感じる						
	<input type="checkbox"/> 太ってきた <input type="checkbox"/> やせてきた <input type="checkbox"/> めまいがある <input type="checkbox"/> たちくらみがする						
	<input type="checkbox"/> その他 [_____]						
5.	血のつながった方で下記の 病気 の人はいますか。						
	糖尿病 ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	高血圧 ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	脳梗塞 ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	心筋梗塞 ： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
6.	仕事 について教えてください。						
	仕事の種類： <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 外回り <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	勤務時間：____時間/日 ____回/週 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
7.	日々の 運動状況 について教えてください。						
	運動の頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ____回/週 <input type="checkbox"/> 運動しない <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	運動の種類： <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> ジョギング <input type="checkbox"/> ジム <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> スポーツ						
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)						
8.	食事 について教えてください。						
	回数：____回/日 調理者：本人 ・ その他 (_____)						
	時間：(_____)						
9.	嗜好品 について教えてください。						
	1日のアルコール量：(_____) 1日のたばこ量：(_____)						
10.	体重 について教えてください。						
	過去最高の体重：____kg その時の年齢：____歳 20歳時点の体重：____kg						
11.	その他						