

問診票（糖尿病内科）

ご記入日 年 月 日（ ）

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
お名前				
ご住所	〒			
携帯電話		ご自宅		
緊急用 連絡先	お名前（ ） ご関係（ ） 電話番号（ ）			

1. 現在の症状について発症時期なども含めてご記入ください。

2. 【糖尿病と診断されている方のみお答えください】

・はじめて糖尿病と診断されたのはいつですか？

_____年 _____月 _____日（頃） または _____歳頃

3. 既往歴（今までにかかったことのある病気）、手術歴について

4. アレルギーはございますか？

5. 体重の変化について

・20歳頃の体重 _____kg

・過去最高体重 _____kg（ _____歳時）

・最近、極端な体重の増減はございましたか？ はい いいえ

どれくらいの期間でしたか？

_____（か月・年間）で _____kg程度（増加・減少）

6. 運動習慣について なし あり
頻度 () 1回あたりの運動時間 ()
運動内容
()

7. 飲酒について なし あり
種類：ビール・焼酎・日本酒・ワイン・その他 ()
頻度：(週に・月に) _____回 1回あたりの飲酒量 _____ml程度

8. たばこについて 吸わない 吸う(1日 _____本)
喫煙歴 _____年 禁煙中の期間 _____年

9. 【女性の方のみお答えください】

- ・現在、妊娠していますか？ はい(現在妊娠 _____か月) いいえ 不明
- ・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ご家族・知人の紹介 通りがかり 自宅・職場・学校から近い
- インターネットで検索：クリニックのホームページ・病院紹介サイト・その他

11. その他、気になることがございましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

上記の内容は診療の目的以外では使用いたしません。



はせがわ内科・糖尿病内科クリニック