

初めて受診される方へ 一問診票一

記載日: 年 月 日

フリガナ	男 ・ 女	生年月日	昭和	年 月 日
お名前			平成	
ご住所	〒	電話番号		
	新潟 市			
	市	携帯番号		

以下の質問にお答えください

1. 職業・家族構成について

事務職 軽作業 重労働 無職 その他: _____

家族構成: _____人暮らし (ご本人との続柄: 夫・妻・子供 _____人・父・母・祖父・祖母・その他 _____)

2. 現在の症状について

からだがだるい 立ちくらみ 体重減少(____kg 減) 首の腫れ 手の震え

動悸 息切れ 頻脈 疲れやすい むくみ

健診・人間ドックで指摘(結果持参: あり・なし) 病院で偶然発見(病院名: _____)

他院からの紹介(病院名: _____) その他(_____)

3. 現在の状況について伺います

① 食欲はありますか? いいえ はい

② 夜はよく眠れますか? いいえ はい

③ お通じはありますか? 毎日 _____日おき

④ 夜中の排尿はありますか? いいえ _____回くらい

4. 今まで病気やケガで、手術など入院治療を受けたことがありますか?

① 病名 _____ いつ頃 _____ 病院名 _____

② 病名 _____ いつ頃 _____ 病院名 _____

裏もご記入ください

5. 現在治療中の病気はありますか？

無 有 病名: _____

6. アルコールは飲みますか？

飲まない 付き合い程度(____回/月) よく飲む(____回/週)

種類:ビール____ml/回、日本酒____合/回、焼酎____ml/回、その他 _____

7. 喫煙について伺います

もともと吸わない 禁煙した(____歳、以前は____本/日) 喫煙中(____歳から____本/日)

8. 薬や食物にアレルギーはありますか？

いいえ はい(お薬・食べ物名: _____ 症状: _____)

9. 輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい _____ 歳時

10. ご家族に次のような病気はありますか？

なし がん(続柄: _____) 脳卒中(続柄: _____) 高血圧症(続柄: _____)

糖尿病(続柄: _____) 喘息(続柄: _____) 肝臓病(続柄: _____)

結核(続柄: _____) 精神疾患(続柄: _____) 心臓病(続柄: _____)

その他 _____ (続柄: _____)

11. 女性の方に伺います

月経 規則的 不規則 閉経 _____ 歳 妊娠中 _____ 週 授乳中

最終月経: _____ 月 _____ 日より始まった 初潮年齢: _____ 歳

12. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

いいえ はい

13. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

いいえ はい 受診時期 _____ 指摘事項 _____

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。

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用しません

医療法人社団ベルツリー 新潟糖尿病クリニック