

--	--

★

ふりがな	生年月日	職業 (デスクワーク・営業・肉体労働)
お名前	男・女 年 月 日 歳	
以下の項目は当クリニックから連絡して差し支えないものをお書きください		
住所 〒		
電話	(自宅・会社)	携帯
e-mail		

※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、マイナ保険証のご利用・診療情報取得の同意にご協力をお願いいたします。

★1. 本日受診されたきっかけは何ですか？

- 健診で指摘された(最終受診: 年 月頃)(指摘された項目:)
- 他院からの紹介(病院名: 紹介状: あり・なし)
- 気になる症状がある→★3にご記入ください
- 専門医を希望 血糖が心配 血圧が心配 コレステロールが心配
- その他()

★2. 当院を何でお知りになりましたか？

- 知人の紹介(様) ホームページを見て 他院で院長にかかっていた
- その他()

★3. 気になる症状はありますか？あれば具体的な症状、いつから続いているか、経過をご記入ください。

★4. 下記の病気や、その他手術や入院を要する大きな病気にかかったことはありますか？

- 病歴なし
- 高血圧 脂質異常症 高尿酸血症・痛風
- 胃潰瘍 胆石 肝炎 腎臓病 結核
- 心臓病(狭心症・心筋梗塞・弁膜症・不整脈・その他:)
- 脳卒中()
- 癌() 手術() その他()

★5. 現在、他の病院に通院していますか？あれば病院名、疾患名、治療内容、最終受診日をご記入ください。

★6. 現在、他の病院から処方があれば、お薬手帳をご提示ください。

お薬手帳がなければ、薬剤名、用法・用量、いつから内服しているかご記入ください。

()

★7. 以下の疾患を持つ血縁の方はいますか？カッコ内にその方との関係をご記入ください。

(例: 父・母・兄弟姉妹・祖父・祖母・叔父・叔母・いとこ等)

- 糖尿病 ()
 脂質異常症 ()
 高血圧 ()
 心臓病 : 狭心症() 心筋梗塞() 弁膜症() 不整脈()
 脳卒中() 癌 /分かれれば部位も()
 該当なし 不明

★8. 家族構成を教えてください

- 父 歳(死亡 歳 死因:)
母 歳(死亡 歳 死因:)
兄弟 1男・女 歳(死亡 歳 死因:) 子供 1男・女 歳(死亡 歳 死因:)
2男・女 歳(死亡 歳 死因:) 2男・女 歳(死亡 歳 死因:)
3男・女 歳(死亡 歳 死因:) 3男・女 歳(死亡 歳 死因:)
4男・女 歳(死亡 歳 死因:) 4男・女 歳(死亡 歳 死因:)

★9. アレルギーはありますか？

- なし
 薬剤(症状:) 食べ物(症状:)
 花粉症 喘息 じんましん アトピー その他()

★10. 身長伸びが止まってから最も少ない体重は何kgでしたか？ (kg) (歳頃)

また最大体重は何kgですか？ (kg) (歳頃)

スポーツの経験はありますか。(例: 野球、マラソンなど) (歳頃) (週 回)

減量をしたことがありますか ある ・ ない

リバウンド経験はありますか ある ・ ない

★11. (女性のみ)現在、妊娠中又は授乳中ですか？ はい(週数 週) ・ いいえ

裏面へ続く

12. 生活習慣についてお尋ねします

* **アルコール** 飲まない・飲む (週 回) 一回に飲む量 ()を(ml)

* **喫煙** 吸わない・以前は吸っていた(歳~ 歳)今も吸っている (歳~) 一日平均 (本)

* **生活リズム** (起床・就寝・食事・運動・仕事・学校などの大まかな時間帯)



* **一緒に暮らしている方をお書きください** ()

* **食事について**

好きな食べ物は何ですか? ()

嫌いな食べ物は何ですか? ()

間食(ジュースや清涼飲料水類も含む)をしますか? 内容・量・頻度などをお書きください。
()

外食をしますか? 内容・量・頻度などをお書きください。
()

食事を作る人はどなたですか? ()

栄養指導を受けたことがありますか? ない・ある (家族も一緒に受けた・一人で受けた)

食生活で気をつけていることがあればお書きください。
()

* **運動について**

運動を行っていますか? 行っている・行っていない

運動の種類・一回あたりの平均時間・頻度などをお書きください。例:ウォーキングを30分/週に3回
()

運動を行う時間帯はいつですか? () 例:夕食後1時間

運動時に気をつけていることがあればお書きください。
()

*****糖尿病と診断されている方のみ、おわかりになる範囲でお答えください*****

- 初めて糖尿病と診断されたのはいつですか？ (年 月頃 / 歳)
- 糖尿病と診断されたきっかけは何ですか
自覚症状()・健診・他の病気で()・生命保険加入時・その他()
- 食事療法を始めたのはいつですか (年 月頃 / 歳 kcal)
- 運動療法を始めたのはいつですか (年 月頃 / 歳)
- 薬物療法を始めたのはいつですか (年 月頃 / 歳 種類)
- 糖尿病で入院をしたことがありますか (年 月頃 / 歳 回数)
- 眼底検査を受けたのはいつですか (年 月頃最終 / 歳・受けた事がない)

- 今後どうなりたい／どうしたいとお考えですか？また現在困っていること、知りたいこと、これから始めようと思っていることなどありましたら、自由にご記入ください。

()

*****おわかりになれば内容をご記入お願いします*****

- HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)とは？
()
- 糖尿病の三大合併症とは？
()
- 大血管障害とは？
()
- シックデイルールとは？何を注意したら良いですか？
()
- フットケアとは？何を注意したら良いですか？
()

ありがとうございました ともながクリニック

* スタッフ記入欄 *