

はじめて来院された方へ

井上内科クリニック

ふりがな				男・女
お名前				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
住所	〒 -			
自宅電話	-	-	携帯電話	-
緊急連絡先	(ご家族など)	-	-	連絡先名 ()
ご職業	会社員・自営業・公務員・主婦(専業・パート)・学生・その他()			

①今日はどうなさいましたか？ご希望の診療に○をお付け下さい。

1. 糖尿病
2. 高血圧症
3. 高脂血症(脂質異常症)
4. 高尿酸血症
5. 甲状腺・内分泌
6. 禁煙
7. かぜ
8. その他()

②このクリニックをお知りになったきっかけをお教えてください。

1. 家族・知人
2. 他院
3. 保健センター
4. ホームページ
5. 看板広告
6. 電話帳
7. その他()

③心臓ペースメーカーをお使いでしょうか？

1. はい
2. いいえ

④喫煙についてお伺いします。

1. 現在吸っている (1日____本、____歳から)
2. 過去に吸っていた (1日____本、____歳から____歳まで)
3. まったく吸ったことがない

⑤アレルギーはありますか？(薬・食べ物・花粉症等)

1. あり
2. なし

「2. あり」の方は、わかる範囲でご記入ください。

どんなもので	症状	いつ頃	スタッフ記入欄
		歳	
		歳	
		歳	

(裏面へつづく)

糖尿病・生活習慣病・甲状腺・内分泌外来をはじめて受診される方へ

20()年()月()日

I. 糖尿病について

1. 今までに、「血糖が高め」、「糖尿病」、「糖尿病疑い」、「境界型」といわれたことがおありですか？

1. はい 2. いいえ → 「いいえ」の方は、裏面の「II. 高血圧について」へおすすみ下さい。

「1. はい」とお答えの方へ

1) どのようなタイプだったでしょうか？

1. 1型糖尿病 2. 2型糖尿病 3. 境界型 4. その他()
5. わからない

2) それは、いつ、何歳の時でしょうか？

1. _____年 _____月頃(_____歳の時)
2. わからない

3) どのようなきっかけでしたか？

1. 健康診断 2. 自覚症状があったため受診(症状:)
3. 他の病気の検査の時に見つかった 4. 妊娠 5. ブドウ糖負荷試験
6. その他() 7. わからない

4) 治療を受けたことはおありですか？

1. あり(病院名:) 2. なし

「1. あり」とお答えの方へ

a. どのような治療でしょうか？

1. 食事療法 2. 運動療法
3. 内服治療

※お薬手帳をご提出いただいても結構です。

薬剤名:]

4. インスリン治療 (薬剤名:)

5) 自己血糖測定をされていますか？

1. はい(測定器名:) 2. いいえ

2. すでに「糖尿病」と診断されている方にお伺いします。

1) 眼科で眼底検査(網膜症の検査)を受けたことがおありですか？

1. あり 2. なし 3. わからない

「1. あり」とお答えの方へ

a. いつ頃、どこの医療機関を受診されたでしょうか？

_____年 _____月頃(_____歳の時)、 医療機関名: _____

2) 低血糖の経験はおありですか？

1. あり 2. なし 3. わからない

「1. あり」とお答えの方へ

a. どのような症状でしたか？

1. 冷や汗 2. 動悸 3. 手や足の震え 4. だるさ 5. 眼が見えにくい
6. 空腹感 7. 血糖値は低いですが症状はなかった 8. 意識不明
9. その他:()

3) 内服・インスリン治療中の方にお伺いします。ブドウ糖を携帯されていますか？

1. している 2. していない 3. わからない

(裏面へつづく)

Ⅱ. 高血圧について

1. 今までに「血圧が高め」「高血圧」といわれたことはおありですか？

1. はい 2. いいえ → 「いいえ」の方は、「Ⅲ. 脂質異常症について」へおすすみ下さい。

「1. はい」とお答えの方へ

1) それは、いつ、何歳の時でしょうか？

1. _____年 _____月頃(_____歳の時)
2. わからない

2) どのようなきっかけでしたか？

1. 健康診断 2. 自覚症状があったため受診(症状: _____)
3. 他の病気の検査の時に見つかった 4. 妊娠
5. その他(_____) 6. わからない

3) 治療を受けたことはおありですか？

1. あり(病院名: _____) 2. なし

「1. あり」とお答えの方へ

a. どのような治療でしょうか？

1. 食事療法 2. 運動療法
3. 内服治療

※お薬手帳をご提出いただいても結構です。

薬剤名: _____

4. その他(_____)

4) 家庭血圧計はお持ちですか？

1. 持っている(a.二の腕に巻くタイプ b.手首に巻くタイプ c.わからない)
2. 持っていない

Ⅲ. 脂質異常症について

1. 今までに、「脂質異常症」、「高脂血症」、「コレステロールの異常(高い・低い)」、「中性脂肪が高い」といわれたことはおありですか？

1. はい 2. いいえ → 「いいえ」の方は、「Ⅳ. 高尿酸血症について」へおすすみ下さい。

「1. はい」とお答えの方へ

1) それは、いつ、何歳の時でしょうか？

1. _____年 _____月頃(_____歳の時)
2. わからない

2) どのようなきっかけでしたか？

1. 健康診断 2. 自覚症状があったため受診(症状: _____)
3. 他の病気の検査の時に見つかった 4. 妊娠
5. その他(_____) 6. わからない

3) 治療を受けたことはおありですか？

1. あり(病院名: _____) 2. なし

「1. あり」とお答えの方へ

a. どのような治療でしょうか？

1. 食事療法 2. 運動療法
3. 内服治療

薬剤名: _____

※お薬手帳をご提出いただいても結構です。

4. その他(_____)

IV. 高尿酸血症について

1. 今までに、「高尿酸血症」、「尿酸値が高い」または「痛風」といわれたことはおありですか？

1. はい 2. いいえ → 「いいえ」の方は、「V. 甲状腺疾患について」へおすすみ下さい。

「1. はい」とお答えの方へ

1) それは、いつ、何歳の時でしょうか？

1. _____年 _____月頃(_____歳の時)

2. わからない

2) どのようなきっかけでしたか？

1. 健康診断 2. 自覚症状があったため受診(症状: _____)

3. 他の病気の検査の時に見つかった 4. 妊娠

5. その他(_____) 6. わからない

3) 治療を受けたことはおありですか？

1. あり(病院名: _____) 2. なし

「1. あり」とお答えの方へ

a. どのような治療でしょうか？

1. 食事療法 2. 運動療法

3. 内服治療 [薬剤名: _____]

※お薬手帳をご提出いただいても結構です。

4. その他(_____)

V. 甲状腺疾患について

1. 今までに、「甲状腺の病気」または「その疑いがある」といわれたことはおありですか？

1. はい 2. いいえ → 「いいえ」の方は、「VI. 症状について」へおすすみ下さい。

「1. はい」とお答えの方へ

1) あてはまる病気はありますか？

1. バセドウ病 2. 橋本病 3. 亜急性甲状腺炎

4. 甲状腺腫(良性 ・ 悪性) 5. その他(_____)

6. わからない

2) それは、いつ、何歳の時でしょうか？

1. _____年 _____月頃(_____歳の時)

2. わからない

3) どのようなきっかけでしたか？

1. 健康診断 2. 自覚症状があったため受診(症状: _____)

5. 他の病気の検査の時に見つかった 4. 妊娠

5. その他(_____) 6. わからない

4) 治療を受けたことはおありですか？

1. あり(病院名: _____) 2. なし

「1. あり」とお答えの方へ

a. どのような治療でしょうか？

1. 内服治療 [薬剤名: _____]

※お薬手帳をご提出いただいても結構です。

2. その他(_____)

VI. 症状について

1. 現在、次の症状はおありですか？ また、それはいつ頃からでしょうか？

症状		いつ頃から	スタッフ記入欄
1	のどの渇き	あり・なし 年 月 (歳)	
2	多飲(水分を多量に飲む)	あり・なし 年 月 (歳)	
3	多尿(尿の回数や量が多い)	あり・なし 年 月 (歳)	
4	体のだるさ	あり・なし 年 月 (歳)	
5	体重の変化 約 kg(増加・減少)	あり・なし 年 月 (歳)	
6	しびれ (部位:)	あり・なし 年 月 (歳)	
7	痛み (部位:)	あり・なし 年 月 (歳)	
8	足首から下に、傷・タコ・ウオノメ・巻き爪等のトラブルがある。	あり・なし 年 月 (歳)	
9	目が見えにくい (症状:)	あり・なし 年 月 (歳)	
10	むくみ(部位:)	あり・なし 年 月 (歳)	
11	手のふるえ	あり・なし 年 月 (歳)	
12	動悸	あり・なし 年 月 (歳)	

2. その他に、現在気になる症状がおありでしたら、ご記入ください。

()

VII. その他

1. 職場健診や市町村健診などの定期健診は毎年受けていらっしゃいますか？

1. はい 2. いいえ

↓

1) 最後の健診は、いつ頃でしょうか？
年 月頃 (歳の時)

2. 今までに、次の感染症を指摘されたことはおありでしょうか？

- 1) B型肝炎(あり・なし・不明) 2) C型肝炎(あり・なし・不明) 3) 梅毒(あり・なし・不明)

3. 気になること、心配なこと、ご希望、その他医師に相談したいことがおありでしたら、ご記入ください。

()

ありがとうございました。