

## はじめて来院された方へ

記入日：20 年 月 日

|                  |                                                                       |              |     |                    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-----|--------------------|
| ふりがな             |                                                                       |              |     | 男性・女性・その他<br>回答しない |
| お 名 前            |                                                                       |              |     |                    |
| 生 年 月 日          | 大・昭・平・令                                                               | 年            | 月   | 日生                 |
| 住 所              | 〒 — —                                                                 |              |     |                    |
| 自宅電話             | — —                                                                   | 携帯電話         | — — |                    |
| 緊急連絡先<br>(ご家族など) | — —                                                                   | 連絡先名： 続柄 ( ) |     |                    |
| ご 職 業            | 1. 会社員 2. 自営業 3. 公務員 4. 主婦・主夫 (専業・パート)<br>5. 学生 6. その他 ( )            |              |     |                    |
| 来院手段             | 1. 自家用車 2. 徒歩 3. 自転車 4. バス 5. タクシー<br>6. その他 ( )                      |              |     |                    |
| 受診のきっかけ          | 1. 家族・知人 2. 他院 3. 保健センター 4. 近い 5. ホームページ<br>6. 看板広告 7. 電話帳 8. その他 ( ) |              |     |                    |

Q1. 今日はどうなさいましたか？ご希望の診療に○を付けてください。

1. 糖尿病 2. 高血圧 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. その他 ( )

Q2. 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

「1. 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 | いつ頃から | スタッフ記入欄 |
|--------|----|-------|---------|
|        |    | 歳頃    |         |
|        |    | 歳頃    |         |
|        |    | 歳頃    |         |

Q3. 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

(裏面へつづく)

**Q4. 今までに、下記の病気およびその他の病気と言われたことはありますか？**

| 病 名               |       | いつ頃<br>(西暦) | 医療機関名 | 現在の通院 |
|-------------------|-------|-------------|-------|-------|
| 心筋梗塞または<br>狭心症    | あり・なし |             |       | あり・なし |
| 不整脈<br>( )        | あり・なし |             |       | あり・なし |
| 脳卒中<br>(脳梗塞・脳出血)  | あり・なし |             |       | あり・なし |
| 手足の動脈が詰まる<br>病気   | あり・なし |             |       | あり・なし |
| 気管支喘息などの呼<br>吸の病気 | あり・なし |             |       | あり・なし |
| がん<br>( )         | あり・なし |             |       | あり・なし |
| その他 1<br>( )      |       |             |       | あり・なし |
| その他 2<br>( )      |       |             |       | あり・なし |

**Q5. 今までに、輸血をしたことはありますか？**

1. あり      2. なし      3. 不明

「1. あり」の方は、わかる範囲でご記入ください。

| 病名 | いつ頃 | 医療機関名 | 現在の通院 |
|----|-----|-------|-------|
|    | 歳頃  |       | あり・なし |

**Q6. その他に気になる症状はありますか？**

1. あり      2. なし

「1. あり」の方は、わかる範囲でご記入ください。

| 症 状 | いつ頃から | スタッフ記入欄 |
|-----|-------|---------|
|     |       |         |
|     |       |         |
|     |       |         |

**Q7. 現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？**

1. 服用している      2. 服用していない

「1. 服用している」の方は、わかる範囲でご記入ください。

※お薬手帳をご提出いただければ、ご記入不要です。

| 薬剤名 | 用量 | 投与期間（西暦）    |
|-----|----|-------------|
|     |    | 年 月～<br>年 月 |
|     |    | 年 月～<br>年 月 |
|     |    | 年 月～<br>年 月 |
|     |    | 年 月～<br>年 月 |
|     |    | 年 月～<br>年 月 |

**Q8. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？**

1. はい      2. いいえ

**Q9. この1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けましたか？**

1. 受けた      2. 受けていない

**Q10. （女性の方のみお答えください）現在、妊娠している可能性はありますか？**

1. あり      2. なし      3. 授乳中

**Q11. 受診時には、下記のいずれをご利用されますか？**

1. 健康保険証      2. マイナンバーカードの保険証（マイナ保険証）

ありがとうございました。

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。

# 糖尿病・生活習慣病・甲状腺・内分泌疾患の方へ

記入日：20 年 月 日

|         |                |                    |
|---------|----------------|--------------------|
| ふりがな    |                | 男性・女性・その他<br>回答しない |
| お 名 前   |                |                    |
| 生 年 月 日 | 大・昭・平・令 年 月 日生 |                    |

## I. 糖尿病について

Q1. 今までに、「血糖が高め」、「糖尿病」、「糖尿病疑い」、「境界型」といわれたことがありますか？

1. はい 2. いいえ → 「いいえ」の方は、「II. 高血圧について」へ

「1. はい」とお答えの方へ

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すか？

| 症状                          |             | いつ頃から    |
|-----------------------------|-------------|----------|
| a. のどの渇き                    | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| b. 多飲（水分を多量に飲む）             | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| c. 多尿（尿の回数や量が多い）            | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| d. 体のだるさ                    | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| e. 体重の変化<br>約 kg（増加・減少）     | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| f. 手のしびれ<br>(部位： )          | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| g. 足のしびれ<br>(部位： )          | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| h. 手の痛み<br>(部位： )           | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| i. 足の痛み<br>(部位： )           | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| j. 足首から下に、傷・タコ・ウオノメ等のトラブルあり | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| k. 目が見えにくい<br>(症状： )        | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |

**2) 糖尿病手帳をお持ちですか？**

1. 持っている                      2. 持っていない  
(お持ちの方は、来院時にご持参ください)

**3) 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

**4) それは、いつ、何歳の時でしょうか？**

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 ( \_\_\_\_\_歳の時)

**5) 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 (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 ( \_\_\_\_\_ )

**6) 治療を受けたことはありますか？**

1. あり (医療機関: \_\_\_\_\_)                      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                      4. 注射治療

**b. それは、いつ、何歳の時でしょうか？**

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 ( \_\_\_\_\_歳の時)

**7) 自己血糖測定をしていますか？**

1. はい                      2. いいえ



## Ⅱ. 高血圧について

Q6. 今までに、「血圧が高め」、「高血圧」といわれたことがありますか？

1. はい      2. いいえ → 「いいえ」の方は、「Ⅲ. 脂質異常症について」へ  
「1. はい」とお答えの方へ

1) 血圧手帳をお持ちですか？

1. 持っている      2. 持っていない  
(お持ちの方は、来院時にご持参ください)

2) それは、いつ、何歳の時でしょうか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 ( \_\_\_\_\_歳の時)

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 (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 ( \_\_\_\_\_ )

4) 治療を受けたことはありますか？

1. あり (医療機関 : \_\_\_\_\_)      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  
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

5) 家庭血圧計はお持ちですか？

1. 持っている (a.上腕に巻くタイプ      b.手首に巻くタイプ)  
2. 持っていない

### Ⅲ. 脂質異常症について

Q7. 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」といわれたことがありますか？

1. はい      2. いいえ → 「**いいえ**」の方は、「**Ⅳ. 高尿酸血症について**」へ  
「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？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃（ \_\_\_\_\_歳の時）

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（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（ \_\_\_\_\_）

3) 治療を受けたことはありますか？

1. あり（医療機関： \_\_\_\_\_）      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  
4. その他（ \_\_\_\_\_）



## IV. 高尿酸血症について

Q8. 今までに、「高尿酸血症」、「尿酸値が高い」または「痛風」といわれたことがありますか？

1. はい      2. いいえ → 「**いいえ**」の方は、「**V. 甲状腺疾患について**」へ  
「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？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃（ \_\_\_\_\_歳の時）

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（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（ \_\_\_\_\_）

3) 治療を受けたことはありますか？

1. あり（医療機関： \_\_\_\_\_）      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  
4. その他（ \_\_\_\_\_）

## V. 甲状腺疾患について

Q9. 今までに、「甲状腺の病気」または「その疑いがある」と言われたことがありますか？

1. はい      2. いいえ → 「いいえ」の方は、「VI. その他」へ

「1. はい」とお答えの方へ

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すか？

| 症状                                |             | いつ頃から    |
|-----------------------------------|-------------|----------|
| a. 体のだるさ                          | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| b. 体重の変化<br>約          kg (増加・減少) | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| c. むくみ (部位:          )            | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| d. 手のふるえ                          | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |
| e. 動悸                             | 1. あり 2. なし | 年 月 ( 歳) |

2) 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 (          )  
5. わからない

3) それは、いつ、何歳の時でしょうか？

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 ( \_\_\_\_\_ 歳の時)

4) 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 (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 (          )

5) 治療を受けたことはありますか？

1. あり (医療機関:          )      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  
2. その他 (          )

## VI. その他

**Q10. 今までに、次の感染症を指摘されたことはありますか？**

- |          |       |       |       |
|----------|-------|-------|-------|
| 1. B型肝炎： | 1. あり | 2. なし | 3. 不明 |
| 2. C型肝炎： | 1. あり | 2. なし | 3. 不明 |
| 3. 梅毒：   | 1. あり | 2. なし | 3. 不明 |

**Q11. 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ありましたら、ご記入ください。**

※ 「**糖尿病手帳**」、「**血圧手帳**」、「**お薬手帳**」をお持ちの方は、ご持参ください。ありがとうございました。