

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 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 (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) 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 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 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 (西暦)	医療機関名	現在の通院
心筋梗塞または 狭心症	あり・なし			あり・なし
不整脈 ()	あり・なし			あり・なし
脳卒中 (脳梗塞・脳出血)	あり・なし			あり・なし
手足の動脈が詰まる 病気	あり・なし			あり・なし
気管支喘息などの呼 吸の病気	あり・なし			あり・なし
がん ()	あり・なし			あり・なし
その他 1 ()				あり・なし
その他 2 ()				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～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 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
お名前	

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 約 kg（増加・減少）	1. あり 2. なし	年 月 (歳)
f. 手のしびれ (部位：)	1. あり 2. なし	年 月 (歳)
g. 足のしびれ (部位：)	1. あり 2. なし	年 月 (歳)
h. 手の痛み (部位：)	1. あり 2. なし	年 月 (歳)
i. 足の痛み (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 (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 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。