

糖尿病クイック外来 問診票

カルテNo.

記入日

フリガナ ----- お名前	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
	性別	男性 女性	職業		
ご住所 〒					
お電話 ☎携帯			☎ご自宅		
現在の身長・体重		cm	kg		

該当する項目に○もしくはご記入ください。

1 受診された理由をお選びください。	<p>下記項目の症状がでたことがあるため</p> <p>1) のどの渇き 2) 尿量が多い 3) 疲れやすい 4) 体重減少 5) 陰部のかゆみ 6) 目が見えにくい 7) 足や手のしびれ 8) 足がつめたい 9) 勃起不全 10) その他 ()</p>
2 今までに右項目の病気をされたり、 検査で異常を指摘されたことはありますか。	<p>1. ある (下記項目に○をご記入ください) 2. ない</p> <p>1) 高血圧 2) 心臓病 3) 脳卒中 4) 結核 5) 胃潰瘍 6) 肝炎 7) 胆石 8) 腎臓病 9) 高脂血症 10) がん(部位) 11) その他()</p>
また、手術を受けたことはありますか。	<p>1. はい 2. いいえ</p> <p>疾患名 ()</p>
3 アレルギーはありますか。	<p>1. はい 2. いいえ</p> <p>*お薬 (ある・ない) ⇒具体的に： *食べ物 (ある・ない) ⇒具体的に： *その他 (ある・ない) ⇒具体的に：</p>
4 当院を知ったきっかけは何ですか。	<p>1) 紹介されて()様より)</p> <p>2) インターネット・ホームページから</p> <p>3) その他 ()</p>
5 他にご希望がありましたら ご記入ください。	

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しいただきますよう、お願い致します。