

初診問診票

さいしょ糖尿病クリニック

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前

生年月日： 年 月 日 (歳)

ご住所 〒

電話番号：自宅：

携帯：

1. どちらで当院をお知りになりましたか？当てはまるものに○をして下さい。

家族 友人・知人 ホームページ 他院からの紹介 当院の看板を見て その他

2. いつ頃から、どんな症状でお困りですか？なるべく詳しくご記入ください。

3. そのために、これまでにどちらかで診察を受けましたか？

いいえ はい (年 月 病院・医院)

4. その他に、現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい (病名：)

5. 現在、定期的に服用しているお薬はありますか？

いいえ はい (薬名：)

6. 今までに、大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ はい (病名) () 歳
(病名) () 歳
(病名) () 歳

7. 今までに、お薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

いいえ はい (薬名：)

8. 最近の日常生活についておたずねします。当てはまるものに○をして下さい。

食欲 (ある・普通・ない)

睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)

タバコ (吸わない・吸う (1日 本、 年間)・以前吸っていた)

お酒 (飲まない・飲む (毎日・時々・機会飲酒))

9. 女性の方のみ、お答え下さい。

現在、妊娠または授乳していますか？ いいえ はい 不明

ご協力ありがとうございました。