

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. マイナ保険証による診療情報の取得に同意  する  しない
2. 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 (□紹介状あり) 当院の看板を見て その他
3. 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。
4. 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)
5. 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： )
6. 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： )
7. 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
8. この1年間で健診を受けていますか？  
いいえ はい ( 月ごろ/指摘事項 )
9. 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： )
10. 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))
11. 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

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。

ご協力ありがとうございました。