

糖尿病診療申込書

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成・西暦	年 月 日	満 歳	
住所	〒 -			
第一連絡先			第二連絡先	
1. 今日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 本日、受診した理由を伺います。				
・通院希望 ・検査希望 ・紹介状持参 ・その他()				
4. 今までにかかった病気、怪我、入院、手術などはありますか？				
() () ()				
5. あなたの体重について				
※20歳頃の体重？			()	kg
※これまでもっとも太った時の体重は何kgですか？			()	歳頃()kg
6. 糖尿病の治療歴について				
※これまでに糖尿病の治療を受けたことがありますか？			はい	いいえ
※上記の質問で、はいと答えた方に伺います。				
○栄養指導を受けたことがありますか？			はい	いいえ
○(はいと答えた方のみ)			1日の指示エネルギー	()kcal
○内服薬(飲み薬)を処方されたことはありますか？			はい(薬品名)いいえ
○インスリン注射をしたことはありますか？			はい(薬品名)いいえ
○眼科受診(眼底検査等)をしたことはありますか？			はい	いいえ
7. 祖父母、両親、兄弟、子供、おじ、おば、で該当する病気の方がいらっしゃいますか？				
・糖尿病 ・脳梗塞 ・脳出血 ・くも膜下出血 ・高血圧症 ・心臓病 ・結核 ・肝臓病 ・がん				
8. アレルギーの有無について				
○食品	あり()		なし	
○薬品	あり()		なし	
9. 嗜好品について				
○喫煙	吸っている ()年間)		吸わない	
	過去に吸っていた ()年間)			
○アルコール	飲む(量 ()週	回)	飲まない	
10. この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・受診時期【 年 月】				
・指摘された項目 血圧・脂質・糖尿・尿酸・肝機能・腎機能・尿検査・心電図・胸部レントゲン・その他 []				

○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。

看護師確認

■ 上記症状により診療の申し込みを致します