

## 糖尿病以外の慢性疾患・検診異常で初診の方へ

診療をスムーズに進めるためお手数ですが下記にご記入下さい。

お名前 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

お電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯電話) \_\_\_\_\_

Q 本日受診された理由は？

- ・ 検診で精密検査の指示があった
- ・ 現在治療中の病気について転院を希望
- ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

Q お困りの症状があれば書いてください

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

Q 今までにかかったおもな病気、けがは？

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

Q 手術や輸血をしたことがありますか？

いいえ・はい → 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 時期 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

Q 現在、治療している病気はありますか？

ない

ある方 → 糖尿病・肝臓の病気・心臓や血管の病気・結核・喘息・腎臓の病気

そのほか ( \_\_\_\_\_ )

Q 今までにくすりや食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

なし・ある（くすりや食べ物の種類 \_\_\_\_\_）

Q 家族の方に以下の病気の方がおられますか？

糖尿病 高血圧症 脂質異常症 骨粗鬆症 甲状腺の病気 心臓・脳の病気

腎臓の病気 肝臓の病気

Q 女性の方へ 現在、妊娠していますか？（はい・いいえ・はっきりしない）

Q 女性の方へ 現在、授乳中ですか？（はい・いいえ）

Q タバコは？（吸ったことがない・禁煙した・今も吸っている）

Q アルコールは？（全く飲まない・週に2回以下・毎日飲む）

Q アルコール消毒は大丈夫ですか？（大丈夫・かぶれる）

Q 常用しているサプリメント、健康食品、漢方薬、市販薬がありますか？

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございます。薬手帳をお持ちの方は薬手帳を用意し

受付に声をかけてください。