
初診の方へ

当院を初めて受診される方へアンケートのご記入をお願いしております。
ご協力お願い致します。

◆当院を何でお知りになりましたか？

- 近くを歩いて 保育園 広報はむら 電話帳 通帳入れを見て
- 地域の地図を見て 町内会 会員名簿の広告を見て 職場に近い（ 市 町）
- 紹介（ 家族 友人（ ） 職場（ ） 医療機関（ ））
- 看板（ 駅 電柱 その他 ）
- インターネット（ 当院のホームページ 羽村市ホームページ 青梅市ホームページ
- インターネット優先予約システム その他ウェブ（ ））
- その他（ ）

◆当院を選んだ理由は？

- 近い 医療面 専門医がいる 管理栄養士がいる 仕事帰りに寄れる
- その他（ ）

◆何で来院されましたか？

- 徒歩 自転車 車 バス 送迎

続いて糖尿病問診票にもお願いします。

糖尿病問診票

年 月 日

フリガナ：

お名前： _____

TEL： _____

住所：〒 _____

携帯番号： _____

緊急連絡先： _____

◆生年月日：(明・大・昭・平) 年 月 日

◆年齢： 歳

1、今回、当院を受診されるきっかけは何ですか？

- ・ 検診で指摘された 年 月
- ・ 他院から紹介された
 - ・ 紹介状 有 ・ 無
 - ・ 医療機関名 ()
 - ・ 最終受診日 年 月 日
- ・ その他 ()

2、気になる症状はありますか？

- ・ のどの渇き ・ 尿の回数が多い ・ 疲労感
 - ・ 体重減少 ・ 手足のしびれ
 - ・ その他 ()
- それはいつ頃からですか？ 年 月 日頃から

3、今までに糖尿病と言われたことがありますか はい ・ いいえ

- ・ 内服薬を飲んでいましたか

()

・お薬を飲んで、具合が悪くなったことがありますか？

はい ・ いいえ

(薬剤名：)

・インスリン注射をしていましたか

年 月頃より

薬品名・単位

()

4、 糖尿病と言われてから眼科を受診したことがありますか はい ・ いいえ

・ 年 月頃

・ 眼科医院名 ()

5、 食事について

・ 食事は規則正しく摂れていますか

はい ・ いいえ

・ 食事は何時頃ですか

(朝食・・・ 時
昼食・・・ 時
夕飯・・・ 時)

・ 不規則

不規則な理由 ()

・ 調理はどなたがされていますか

()

・ 食事療法をしていましたか？

はい ・ いいえ

何kcalでしたか？ () Kcal

・栄養指導を受けたことがありますか
はい ・ いいえ

・外食はどの程度しますか (週に 回、月に 回)

6、 運動について

・運動習慣はありますか はい ・ いいえ

・どの程度しますか
(毎日 ・ 週に 回 ・ 月に 回)

・一回の運動時間 (分)

・運動内容

()

7、 嗜好について

・アルコールは飲みますか はい ・ いいえ

・何をどのくらい

(
(週に 回 ・ 月に 回)

・タバコは吸いますか

何歳から () 歳

一日に () 本くらい

8、 既往歴について

・今までに下記の病気をされたことがありますか はい いいえ

甲状腺機能障害 肝臓病 膵臓病 胃切除 膠原病

・その他に大きな病気をされたことがありますか。またそれはいつ頃ですか

()

