|  |
| --- |
| 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？

● □近くを通って □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　□職場が近い（　　　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( □当院のﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　□羽村市ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ□青梅市ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ

□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

ﾌﾘｶﾞﾅ：

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

1. 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

1. 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

1. 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（　　　　　　　　　　）

1. 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）

1. 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

1. 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

1. 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

1. 家族歴について

　　・血縁者に下記の病名の方はおられますか

　　　　糖尿病　　脳血管障害　　狭心症　　心筋症　　高血圧　　肥満

祖父　　祖母　　父　　母　　兄　　弟　　姉　　妹　　伯父　　叔母　　いとこ

1. 糖尿病について

・糖尿病に関する教育を受けられたことがありますか　　はい　・　いいえ

　・どちらで受けましたか？

　・自分なりに勉強しましたか？　　はい　・　いいえ

1. 治療に対するご希望やご質問がありましたらご記入ください

○【女性の患者様へ】現在、妊娠していますか？　　　　　はい　　・　　いいえ

○【男性の患者様へ】

勃起機能を改善したい希望がありますか？（ＥＤ治療薬「バイアグラ」等の服用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　・　　いいえ

○当院では、健康に関する情報を発信することがあります。

必要でない場合はチェックをいれて下さい。　　□　不要

（これ以外の用途でご本人の同意なく個人情報を第三者へ譲渡、提供致しません

お疲れ様でした。

大変長い問診票にご記入頂きありがとうございます。

柳田医院