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。

◆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）
□羽村市健康セミナーのチラシを見て

● 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・電車 □送迎 □タクシー

続いて糖尿病問診票にもご記入をお願いします。

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：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（続柄　　）

*生年月日：（大・昭・平・令）　　年　　月　　日（　　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　　はい　・　いいえ

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
（　　）

9. 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

10. 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

11、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

（　　）

〇【女性の患者様へ】現在、妊娠していますか？　　はい　・　いいえ

〇【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

〇当院では、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