
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ご記入をお願いします。

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

糖尿病問診票

年 月 日 名前

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

()

2、 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 ()

3、 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)

4、 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

()

5、 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

6、 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。

()

7、 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。
該当する疾病の下に続柄(父、母、祖父、叔母など・・)をご記入ください。
糖尿病 脳血管障害 狭心症 心筋症 高血圧 肥満
() () () () () ()

8、 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

()

○【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

お疲れ様でした。長い問診票にご記入頂きありがとうございました。 柳田医院