初診問診票

ID

初診の方はご記入お願いいたします。　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ	
氏名	□男　□女
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日　　年齢　　歳
住所	〒
電話番号	【自宅】　　【携帯】 【緊急連絡先】　　（続柄　　お名前　　）
●当院を知ったきっかけを教えて下さい。	□医療機関からの紹介（　　）□知人家族からの紹介 □ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ　□チラシ　□看板　□近所　□その他（　　）

●本日はどのような症状でいらっしゃいましたか。

・糖尿病（または血糖値が高い）　・高血圧　・高コレステロール　・甲状腺（病名＿＿＿＿＿＿＿＿）

・予防接種　・健康診断　・風邪（症状＿＿＿＿＿＿＿＿（最高体温＿＿＿＿℃）

・その他（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）

●上記の病気で、治療を受けましたか。

・いいえ　・はい　※「はい」の場合、ご記入ください。〔病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿〕

●現在、内服している薬がある場合、ご記入ください。　お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●アレルギーをお持ちですか。

・いいえ　・はい　〔アレルギー名：＿＿＿＿＿＿＿＿　症状：＿＿＿＿＿＿＿＿〕

●日常生活について、お答え下さい。

たばこについて　・吸わない　・吸っていた　・吸っている

※「吸っている」または「吸っていた」の場合は１）２）にお答え下さい

１）１日に（　）本くらい　２）（　）年間くらい

アルコールについて　・飲まない　・毎日　・週（　）日　・月（　）日

※「飲まれる方」はご記入下さい。　お酒の種類：＿＿＿＿＿＿＿＿　量：＿＿＿＿＿＿

●今までに手術を受けたことはありますか。

・なし　・あり〔病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　時期：＿＿＿＿＿＿〕

●今までに輸血を受けたことはありますか。

・なし　・あり

●女性の方のみお答え下さい。

現在、妊娠中または授乳中ですか：　・いいえ　・妊娠中（　ヶ月）　・妊娠の可能性あり　・授乳中

※糖尿病で受診の方は裏面のご記入をお願いいたします。

●糖尿病（または血糖値が高い）と初めて言われたのは何歳のときですか。また、どこで指摘されましたか。

＿＿＿＿＿＿＿歳ごろ

１．検診または人間ドック

２．他の病院またはクリニック（病院またはクリニック名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●今現在、何か症状はありますか。（該当するもの全てに○をつけて下さい）

１．のどが渇く　２．多飲　３．尿の量や回数が多い　４．手足のしびれ　５．視力低下　６．だるい

７．体重の増減（＿＿＿＿＿ヶ月で＿＿＿＿＿Kg 減少・増加）

８．その他（　　）　９．特になし

●現在の足の状態について該当するものに○をつけて下さい。（症状がある方は足型の場所に印をつけて下さい）

１．感覚が鈍っている　２．痛みやしびれを感じる　３．悪臭　４．腫れ　５．靴擦れ

６．タコ（胼胝）　７．傷（切り傷、ひっかき傷）　８．化膿

９．傷が治りにくい　１０．水ぶくれ　１１．足の色が悪い

１２．皮膚の乾燥やひび割れ　１３．特になし

●糖尿病の薬（経口血糖降下薬）を内服していますか。

１．はい（＿＿＿＿＿歳から）

２．いいえ

●インスリン注射をしていますか。

１．注射している　（＿＿＿＿＿＿）歳から

２．注射していない

インスリンの単位や名前がわかればお書き下さい。

種類（　　）朝＿＿＿＿単位　昼＿＿＿＿単位　夕＿＿＿＿単位　寝る前＿＿＿＿単位

種類（　　）朝＿＿＿＿単位　昼＿＿＿＿単位　夕＿＿＿＿単位　寝る前＿＿＿＿単位

●下記の病気を指摘されたことがありますか。

・糖尿病性網膜症（眼底出血など）　１．ある（　　歳から）　２．なし

・糖尿病性腎症（尿タンパク）　１．ある（　　歳から）　２．なし

・心臓病　１．ある（　　歳から）　２．なし

・脳卒中　１．ある（　　歳から）　２．なし

●血縁の方に糖尿病の方はいますか。

１．いる　２．いない

〔いる〕と答えた方は糖尿病または糖尿病の疑いと思われる方に○（複数可）をつけて下さい。

１．祖父　２．祖母　３．父　４．母　５．兄弟（　　）

６．子供（　　）７．親戚（　　）※例えば父方のおばなど

以上となります。ご記入ありがとうございました。

－看護師記入欄－

（看護師）	（検査）	（足病変）
・患者ＩＤ＿＿＿＿＿＿	□採血　□採尿	□無
・身長（　　）cm　・体重（　　）kg	□心電図　□ＣＡＶＩ	□有
・ＢＴ（　　）℃　・ＢＰ（　　／　　）	□レントゲン（胸部／骨塩）	
・Ｐ　（　　）　・ＳＰＯ２（　　％）	□眼底カメラ　□DPN	