

# 初診問診票

問診票を記載の上出力し、保険証・お薬手帳と併せてお持ちください。

また血糖測定器をお使いの方は本体や血糖値のノートもご持参ください。

スタッフ記入欄

記入日 年 月 日

ID

ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和			
氏名				<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
				<input type="checkbox"/> 令和 年齢 歳			
住所	〒		性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女	
			身長のみ ご記載ください	身長	cm	体重	kg
				血圧	/	脈拍	回
		電話番号					
女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠 週 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> なし		緊急連絡先	(続柄)			
アレルギー	花粉症・喘息・アトピー・その他:						

受診されたご病気はなんですか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病</li> <li>・ 脂質</li> <li>・ 高血圧</li> <li>・ 甲状腺</li> <li>・ 尿酸/痛風</li> <li>・ 肥満</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> <p>※健康診断等の結果をお持ちの際は受付にご提出ください。</p>
何か症状がありますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 喉が乾く</li> <li>・ 尿が多い</li> <li>・ 体重 (増/減)</li> <li>・ 疲れやすい</li> <li>・ 動悸</li> <li>・ 手の震え</li> <li>・ 冷え</li> <li>・ むくみ</li> <li>・ 甲状腺の腫れ</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
症状はいつからありますか	頃から
これまでに診断されましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ はい / いいえ</li> <li>・ 診断名 :</li> </ul>
何か治療をされていますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬の名前 :</li> </ul> <p>*お薬手帳をお持ちでしたら記入は不要です。</p>
ご家族に同じご病気の方はいらっしゃいますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誰に</li> <li>・ 病名</li> </ul>
喫煙歴はありますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一度もない</li> <li>・ 今は吸っていない</li> <li>・ 本/日 × 年</li> </ul>
当クリニックを 何で知りましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Facebook</li> <li>・ Instagram</li> <li>・ 当院HP</li> <li>・ バス案内</li> <li>・ 友達や家族の紹介</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>

ご記入ありがとうございました。来院時受付にご提出ください。