

# 診察申込書

診察予定日

曜日

主治医

\_\_\_\_\_先生

ご本人	フリガナ	保護者氏名	フリガナ					
	氏名		氏名					
生年月日		明・大・昭・平	年	月	日( )歳	性別	男	女
住所(マンション名がある場合は、名前までご記入ください)								
〒								
自宅電話								
携帯電話								
勤務先								
〒								
会社名								
電話								
緊急連絡先								
〒								
緊急連絡先名								
電話								

高雄病院をお知りになりましたのはどちらからですか。(下記の項目に○を付けて下さい。)

ご紹介

1 ご家族      2 知人      3 他医療機関(名: )

インターネット

1 高雄病院ホームページ      2 高雄倶楽部ホームページ      3 その他(名: )

その他書籍・雑誌等

1 ドクター江部のアトピー学校      2 主食を抜けば糖尿病は良くなる      3 二条駅前看板

4 その他( )

## 糖尿病治療予診表

氏名	性別 男・女	年齢	歳
身長 cm	体重 kg	血压	/
既婚 有・無	子供 人	職業	

### ▼ 現在までの病歴をご記入をお願いします

- ここ1～2ヶ月間に血液・尿検査を実施されていたら下記の項目の数値をご記入下さい。(検査結果をお持ちの方はコピーを添付してください)

(検査日 年 月 日)

尿蛋白	-	±	+	*尿検査
BUN(尿素窒素)	mg/dl			}
Cre(クレアチニン)	mg/dl			
HbA1c(グリコヘモグロビン)	%			
空腹時血糖	mg/dl			

\*血液検査

- 「尿に糖がおりている」「血糖が高い」と言われたのはいつ頃ですか。

年 月 日頃

- どこで

病院・診療所・市民検診・職場検診・その他( )

- 糖尿病と診断をされたのはいつ頃ですか。

年 月 日頃

- 現在、糖尿病の治療を受けていますか。

はい(受診先: )

いいえ

- 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか。

はい(薬剤名: )

いいえ

- 現在、インスリンの注射をされていますか。

はい(薬剤名: )

(何単位使用していますか。→ 1日に 単位 )

いいえ

- ご家族に糖尿病と診断された方がおられますか。(血縁関係のある方)

はい(続柄: )

いいえ

- 糖尿病について、現在に至るまでの経過をご記入ください。 氏名

▼ 現在の症状についてお尋ねします。

- 糖尿病によると思われる症状がありますか。(該当するものに全て○をしてください)

はい 1 喉が乾く 2 水分をよくとる 3 尿の量が多い 4 体がだるい 5 体重が減った  
6 その他( )  
いいえ

- 糖尿病によると思われる他の症状がありますか。(該当するものに全て○をしてください)

はい 1 目の障害(ものが見えにくい・レーザー治療を受けた)  
2 腎臓の障害( 血圧が高い・尿に蛋白がおりにている )  
3 神経の障害(手足のしびれ・手足の痛み・性生活の障害)  
4 その他( )  
いいえ

- 糖尿病の他に現在治療を受けている医療機関・薬剤名があれば記入してください。  
又、その症状の経過についてもご記入ください。

\_\_\_\_\_ ( 病院( 科)・診療所( 科) )に通院中

\_\_\_\_\_ ( 病院( 科)・診療所( 科) )に通院中

\_\_\_\_\_ ( 病院( 科)・診療所( 科) )に通院中

\* 薬剤名 [ 服用中 ]

\* 症状の経過

- 日常生活習慣をお聞かせください。

たばこ 吸う( 1日 本 ) 吸わない

飲酒 する( 種類: 量: ) しない

睡眠 平均( 時間)

食事 1日に( 回) 主に( 和食・洋食 ) 好き嫌い( 有り・無し )

- 入院治療の希望 ( 有・無 )

ご協力ありがとうございました。