

診察申込書

医師 ()

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

【 オンライン資格確認等システム(マイナ保険証)の利用にご協力をお願いします 】

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
取得した情報は診療の範囲のみで活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

糖尿病予診表

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

マイナ保険証による診療情報取得を同意されますか。 はい ・ いいえ
 他院からの紹介状をお持ちですか。 はい ・ いいえ
 この1年間で健診（特定健診・高齢者健診）を受けられたことがありますか。 無 ・ 有

現在までの病歴をご記入をお願いします

① ここ1～2ヶ月間に血液・尿検査を実施されていまして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
尿検査	尿蛋白	- ± +		
血液検査	BUN（尿素窒素）	mg/d l		
	Cre（クレアチニン）	mg/d l		
	HbA1c（グリコヘモグロビン）	%		
	空腹時血糖	mg/d l		

- ② 「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
- ③ どこで
 病院 ・ 診療所 ・ 市民検診 ・ 職場検診 ・ その他（ ）
- ④ 糖尿病と診断をされたのはいつ頃ですか。
 年 月 日頃
- ⑤ 現在、糖尿病の治療を受けていますか。
 はい（受診先： ）
 いいえ
- ⑥ 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか。
 はい（薬剤名： ）
 いいえ
- ⑦ 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
- ⑧ 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

氏名

⑨ 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。

()

⑩ 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

⑪ 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

⑫ 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
現在、処方されているお薬

()

⑬ 症状の経過

()

⑭ 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 (無 ・ 有)
アレルギー 無 有 (食物 ・ 薬剤)
現在、妊娠中又は授乳中ですか はい いいえ

⑮ 入院治療の希望 (無 ・ 有)