

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 国籍 (日本国籍以外の方) *厚生労働省からの調査依頼がありますので、ご協力下さい。			
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

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

