

サンポート高松クリニック 初診問診票（様式2）

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	
	男女	大正 昭和 平成	年 月 日（ 歳）
連絡先	〒	電話	自宅
			携帯

■本日はどうされましたか？ 具体的にお願いします。

■その異常を初めて指摘されたのはいつですか？ _____

■治療された方は、どのような治療をしてきたか、教えてください。

■今まで大きな病気・ケガをしたことがありますか？

- ①特になし
- ②あり→ どんな病気・ケガでしたか？ (_____)

■現在治療中の病気がありますか？

現在治療中： _____ (医療機関 _____)

■現在飲んでいる薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は必ずお見せください。

- ①なし ②あり(薬： _____)

■アレルギーはありますか？

- ①なし ②あり (薬： _____ 食品： _____ その他 _____)

糖尿病・生活習慣病の治療では生活習慣がとても重要ですので、くわしくお聞きします。

■今お仕事をされていますか？ ①はい ②いいえ

夜勤はありますか？ ①はい ②いいえ

■今はどなたと住んでいますか？

■自宅で食事を作るのは誰ですか？

裏面に続きます

■ 普段の食事は？

- ① 朝食(自炊か家人が作る ・ 外食 ・ コンビニやスーパーの惣菜 ・ ほとんど食べない)
- ② 昼食(自炊か家人が作る ・ 外食 ・ コンビニやスーパーの惣菜 ・ ほとんど食べない)
- ③ 夕食(自炊か家人が作る ・ 外食 ・ コンビニやスーパーの惣菜 ・ ほとんど食べない)
- ④ 夜食(自炊か家人が作る ・ 外食 ・ コンビニやスーパーの惣菜 ・ ほとんど食べない)

■ 夕食は何時頃ですか？

■ 間食(あめ・ガム・果実も含む)は食べますか？

- ①ほとんど毎日 ②時々 ③ほとんど食べない

■ 間食で何を食べますか？

■ 甘い飲み物(スポーツ飲料、果汁も含む)を飲む習慣がありますか？

■ アルコールは飲みますか？

- ①ほとんど毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない

■ タバコは吸いますか？

- ①吸わない ②吸っていたが止めた ③吸う(_____本 / 日, _____年間)

■ ふだん運動をしている方は、週何回どのような運動を何分くらいしていますか？

■ 最近の身長と体重は？ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

■ 過去最大の体重は？ 20歳の時の体重は？

最大体重: _____ 歳の頃に _____ kg 20歳の時の体重: _____ kg

■ 血のつながっている人で糖尿病の方はいますか？いる場合はどなたですか？

(「母方祖母」などとお答えください。)

■ 女性の方のみお答えください。

現在妊娠の可能性はありますか？ ①はい ②いいえ

現在授乳中ですか？ ①はい ②いいえ

■ 診察にあたって特に聞きたいことや要望がありましたらお書きください。

◇ このクリニックはどのようにして知りましたか？

- ①知人から聞いた ②たまたま前を通過して ③ネットで検索 ④列車等広告 ⑤チラシ
- ⑥他の病院からの紹介 ⑦その他(_____)