

上落合クリニック 糖尿病患者さま 初診問診票

記入日： 平成 年 月 日

ふりがな _____ 生年月日

名前： _____ 大・昭・平 年 月 日 () 歳

① これまで糖尿病の治療をうけたことは

ない ある ⇒ いつ糖尿病と言われましたか：
医療機関：

② 糖尿病で、眼科は受診していますか。

ない ある ⇒ 医療機関：

③ 現在飲んでいるお薬、インスリンはありますか。

※紹介状やお薬手帳、薬品名がわかるものを持参の方は記入しなくても大丈夫です。

(_____)

④ 糖尿病以外で今までに治療した病気はありますか。

ない ある ⇒ ・高血圧 ・脂質異常症 ・心臓疾患 (_____)
・腎臓疾患 ・脳疾患 (_____) その他 (_____)

※該当するものに ○をして、心臓、脳疾患は詳細が分かれば、記載してください。

⑤現在の身長： _____ cm 体重： _____ kg

20歳時の体重 _____ kg 一番体重があったのは _____ 歳 _____ kg

ご協力ありがとうございました。来院当日【受付】までお持ちください。