

初診問診票

問診票を記載の上出力し、保険証・お薬手帳と併せてお持ちください。
また血糖測定器をお使いの方は本体や血糖値のノートもご持参ください。

記入日 年 月 日

ID

ふりがな			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年齢 歳			
氏名		生年月日				
住所	〒	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		身長のみ ご記載ください	身長	cm	体重	kg
			血圧	/	脈拍	回
電話番号						
女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠 週 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> なし	緊急連絡先	(続柄)			
アレルギー	花粉症・喘息・アトピー・その他:					

受診されたご病気はなんですか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病 ・ 脂質 ・ 高血圧 ・ 甲状腺 ・ 尿酸/痛風 ・ 肥満 ・ その他 ()
何か症状がありますか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喉が乾く ・ 尿が多い ・ 体重(増/減) ・ 疲れやすい ・ 動悸 ・ 手の震え ・ 冷え ・ むくみ ・ 甲状腺の腫れ ・ その他 ()
症状はいつからありますか	頃から
これまでに診断されましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい / いいえ ・ 診断名:
何か治療をされていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬の名前: *お薬手帳をお持ちでしたら記入は不要です。
ご家族に同じご病気の方はいらっしゃいますか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 誰に ・ 病名
当クリニックを 何で知りましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・ Facebook ・ Instagram ・ 当院HP ・ バス案内 ・ 友達や家族の紹介 ・ その他 ()

ご記入ありがとうございます。来院時受付にご提出ください。