

再診の方の問診票

次回来院時に保険証と一緒に受付へ提出ください

前回の受診から何かかわりがありましたか？

あった

なかった

あったかたは、どのようなこと、症状でしたか？

次回受診の予約希望があれば一つお選びください

希望日 _____ 月 _____ 日 (_____ 時 _____ 分)

時間優先 (午前・午後 _____ 時)

曜日優先 _____ 曜日

希望なし

以下は糖尿病の方のみです

受診までに低血糖症状あるいは血糖 70 mg/dl 未満の低血糖はありましたか？

あった

なかった

血糖値 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時頃

症状は？

対象方法は？

食事・運動・生活・血糖値など糖尿病コントロールに関わるかわったことありましたか？