

糖質制限外来（糖尿病外来）の診察を受けられる方へ

※糖質制限外来は月曜日午後からのみの予約制になります。他の曜日では行っておりませんので、ご了承ください。

本日はどうされましたか？ 以下の質問にお答え下さい。

平成____年____月____日

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 ____年 ____月 ____日

① 本日はどのようなご相談になりますか？

② 他院にて糖質制限外来を受診されたことがありますか？

ない ある

*あるに○をされた方にお伺いします。その時に何か問題がありましたか？

③ 現在、飲んでいる薬があれば教えてください。

④ 本日、医師にお伺いしたい点があれば教えてください。

⑤ その他（ご自由にご記入ください）。

⑥ 友愛病院を受診された理由に○をつけてください。

以前に受診した事がある、近くに住んでいる・勤めている、家族・知人の紹介、内科医水野のブログを見て、友愛病院のホームページを見て、電柱の看板を見て、他の病院・薬局の紹介、バスのアナウンス、

その他（ _____ ）

⑦ ご自宅に特定健診のご案内や、季節の挨拶状などをお送りしてもよろしいですか？
はい いいえ

ありがとうございました。診察までお待ち下さい。

