

「ASATAKU道場」申込書

「ASATAKU道場」モニターをご検討の方は、以下の問診票をご記入の上、「確認」をクリックしてください。
お申込み完了後、2営業日以内にクリニックからご連絡を差し上げます。

モニター制度について、ご不明な点がございましたらお電話にてお問合せください。
TEL：03-5843-0425（10:00～18:00 / 日曜日・祝日及び不定休）

*の付いている項目は必須項目です。

氏名 *	<input type="text"/>
ふりがな *	せい： <input type="text"/> めい： <input type="text"/>
性別 *	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
生年月日 / 年齢 *	<input type="text"/>
郵便番号 *	<input type="text"/> - <input type="text"/>
ご住所 *	<input type="text"/>
電話番号（日中連絡のつく連絡先） *	<input type="text"/>
ご連絡先メールアドレス	<input type="text"/>
ご職業 *	<input type="text"/>
身長 / 体重 *	<input type="text"/>
最近6ヶ月間の体重増減 *	<input type="radio"/> 10kg以上減少 <input type="radio"/> 9～7kg減少 <input type="radio"/> 6～4kg減少 <input type="radio"/> 3～1kg減少 <input type="radio"/> 変動なし <input type="radio"/> 1～3kg増加 <input type="radio"/> 4～6kg増加 <input type="radio"/> 7～9kg増加 <input type="radio"/> 10kg以上増加
糖尿病はいつ頃から発症していますか *	<input type="radio"/> 1990年以前 <input type="radio"/> 1991～2000年 <input type="radio"/> 2001～2010年 <input type="radio"/> 2011年～2015年 <input type="radio"/> 2016年以降 <input type="radio"/> 不明
1. 現在、通院中の病院名	<input type="text"/>
2. 現在、病院で内服薬や注射・点滴などの治療を定期的に行っている方はお薬名をご記入ください。	<input type="text"/>
3-1. HbA1c *	<input type="radio"/> 5.5%未満 <input type="radio"/> 5.6～5.9% <input type="radio"/> 6.0～6.5% <input type="radio"/> 6.6～7.0% <input type="radio"/> 7.1～7.5% <input type="radio"/> 7.6%～8.0 <input type="radio"/> 8.1以上
3-2. 空腹時血糖値 *	<input type="radio"/> 80～110未満 <input type="radio"/> 110～130未満 <input type="radio"/> 130～160未満 <input type="radio"/> 160以上 <input type="radio"/> 把握していない
3-3. 血圧（上 / 下）	<input type="text"/>

<p>4. インスリンを使用している方は1日の投与量をご記入ください。</p>	<input type="text"/>
<p>5. 現在の糖尿病の状態 *</p>	<p><input type="radio"/> 安定している <input type="radio"/> 不安定である <input type="radio"/> 不明</p>
<p>6. 糖尿病以外に現在治療中または過去にかかった病気はありますか？ *</p>	<p><input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 老人性痴呆 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 特になし</p>
<p>▲その病気の発症時期をご記入ください。</p>	<input type="text"/>
<p>▲現在、内服薬や注射・点滴などの治療を受けてる場合はお薬名をご記入ください。</p>	<input type="text"/>
<p>7. 輸血をされたことがある方は、輸血をした時期にチェックを入れてください。</p>	<p><input type="radio"/> 2018年以前 <input type="radio"/> 2019～2020年 <input type="radio"/> 2021年～2022年 <input type="radio"/> 2023年</p>
<p>8. 血縁の方に以下の病気がある方はチェックを入れてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> がんや悪性の病気 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳卒中</p>
<p>9-1. 飲酒について</p>	<p><input type="radio"/> 毎日飲む <input type="radio"/> 機会があれば飲む <input type="radio"/> 全く飲まない</p>
<p>9-2. 喫煙について *</p>	<p><input type="radio"/> 以前吸っていた <input type="radio"/> 吸わない <input type="radio"/> 1週間に1度吸う <input type="radio"/> 2～4日に1度吸う <input type="radio"/> 1日1～5本吸う <input type="radio"/> 1日6～10本吸う <input type="radio"/> 1日11本以上吸う</p>
<p>お申込みの動機・ご意向 *</p>	<input type="text"/>