

糖尿病問診票

氏名

身長 cm 体重 kg

該当する項目に☑印をつけあてはまる欄をご記入ください。

1) 今までに血糖が高い、糖尿病と指摘されたことがありますか。

いいえ はい⇒いつから (歳頃) 今回はじめて

2) 1) で指摘されたきっかけ、または受診理由を下記より選択してください。

- 健康診断・人間ドック 他の病気で治療中に指摘された 身内に糖尿病患者がいる
糖尿病の症状がある
他院からの紹介。(紹介施設名: 紹介状 あり なし)
その他 ()

3) 今までに糖尿病の治療を受けたことがありますか。

いいえ はい⇒【内服 (/ 歳) インスリン (/ 歳)
運動療法 食事療法 治療中断 その他 ()】

4) 現在下記のような症状はありますか。(過去にありましたか)

- 口渇 多飲 多尿 簡易疲労 体重減少 体重増加 視力低下 眼のかすみ
手足のしびれ 歩行時下肢痛 食欲低下 下痢 便秘 足の浮腫み
皮膚のかゆみ 足先の冷感 めまい・立ちくらみ 歯槽膿漏 胸痛 生理不順
 その他 ()

5) 眼科受診をされたことはありますか。

いいえ はい⇒(いつ頃ですか?)

6) 糖尿病腎症と言われたことがありますか。

いいえ はい⇒(いつ頃ですか?) わからない

7) 現在治療中の疾患はありますか。

いいえ はい⇒(疾患名:)
 投 薬: なし あり (お薬の名称:)

8) これまでに大きな病気にかかったことがありますか。(入院や手術を要する病気等)

いいえ はい⇒治療内容 ()

9) 薬や食事などに対するアレルギーはありますか。

いいえ はい⇒アレルギー源 ()

10) おもに調理を担当される方はどなたですか。

妻 嫁 娘 母 本人 その他 ()

11) 血縁の方に以下の疾患をお持ちの方はみえますか。

	糖尿病	高血圧	心臓病	脳卒中	癌	肝臓病	腎臓病	その他
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>						
父母	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>						
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>						

問診は裏面に続きます⇒

12) 職業について

デスクワーク 営業 パート 無職 その他 ()

13) 運動は行いますか。

しない ほとんどしない ときどきする よくする

*運動する方へ⇒一日何分程度歩きますか。() 分/日)

万歩計はお持ちですか。 いいえ はい

14) 食事時間、内容についてお答え下さい。

*朝 (:) 和食 洋食 外食 () コンビニ 食べない

*昼 (:) 和食 洋食 外食 () コンビニ 食べない

お弁当(手作り) その他 ()

*夕 (:) 和食 洋食 外食 () コンビニ 食べない

おつまみ 果物 その他 ()

*間食 食べない 食べる⇒(内容:)

*夜食 食べない 食べる⇒(内容:)

15) 嗜好品についてお答えください。

*たばこを吸いますか? いいえ はい () 本/日)

*アルコールを飲みますか? いいえ 時々飲む 毎日飲む

⇒飲む方へ(ビール ml 日本酒 合 焼酎 合 その他)

*清涼飲料について 飲まない 時々飲む よく飲む(内容:)

*コーヒー・紅茶について 飲まない 時々飲む よく飲む

⇒飲む方へ(砂糖入り ミルク入り 何も入れない)

16) 食事傾向についてお答え下さい。

早食い 揚げ物を好む 甘いものを好む 外食及び宴会が多い

17) 栄養相談を受けたことがありますか。

いいえ はい⇒(どちらで受けましたか?施設等名称:)

*食品交換表はお持ちですか? いいえ はい

18) 現在までに、一番重かった体重は何 kg ですか?また、その当時の年齢をお答え下さい。

過去最大体重 () kg) 年齢 () 歳)

19) 女性の方にお尋ねします。

*現在妊娠中、または授乳中ですか。 いいえ はい

*妊娠・出産時に異常はありましたか? いいえ はい

*巨大児の出産はありましたか? いいえ はい

20) 当院をお知りになったきっかけを下記より選択してください(複数回答可)

道路看板 電柱看板 タウンページ インターネット 知人紹介 その他

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。