

**糖尿問診票**

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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。