ID

糖尿病内科　問診票

記入日 :　　年　　月　　日

ふりがな				年　齢	性　別
氏　名				才	男　・　女
身　長	㎝	現在の体重	kg	体　温	℃

下記の事項に記入、またはあてはまるものを〇で囲んでください。

職　業	事務職　・　軽作業　・　重労働　・　無職　その他(　　)		
20歳ころの体重	(　　kg)	過去最高の体重	(　　)kg　その時のご年齢(　　才)
家族構成	(　　)人暮らし　・　同居の方　(　夫　・　妻　・　息子　・　娘　・　両親　・　祖父　・　祖母　)		

① 現在、症状はありますか　いいえ　・　はい

「はい」と答えた方　いつ頃からですか　(　　)

※あてはまる症状に〇をしてください

のどの渇き　・　多飲　・　尿の回数が多い　・　体がだるい　・　体重減少(　　Kg)

足のしびれ　・　足がつりやすい　・　視力の低下　・　その他(具体的に　　)

② 糖尿病を発見されたきっかけはありますか　いいえ　・　はい　**※「はい」と答えた方は〇をしてください**

健診/人間ドック　・　糖尿病を疑い自分から病院を受診した

病院で偶然発見　(病院名　　)　・　その他(　　)

③ 糖尿病と初めて指摘された年齢はいつですか　今回が初めて　・　(　　)才の時

④ 今までの治療状況について

治療したことはない　・　放置していた　・　食事療法のみ　・　運動療法のみ

飲み薬　(内服開始時の年齢　　才　・　薬名　　)

インスリン注射　(インスリン開始時の年齢　　才　・　薬名　　)

・ 糖尿病治療で入院したことはありますか　いいえ　・　はい

・ 栄養指導を受けたことはありますか　いいえ　・　はい

・ 最近(1年以内)、眼科を受診したことはありますか　いいえ　・　はい

「はい」と答えた方　いつ受診しましたか　(　　年　　月)

・ 眼科で**糖尿病網膜症**を調べたことはありますか　いいえ　・　はい

⑤ 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか　いいえ　・　はい

※(　　)の中は、父・母・兄・祖父など**ご関係**を記入ください

糖尿病　(　　)　・　高血圧　(　　)　・　高脂血症　(　　)

心臓病　(　　)　・　脳卒中　(　　)　・　がん　(　　)

裏面もご記入ください

⑥ アレルギーを起こしたことがありますか　いいえ ・ はい　**※「はい」と答えた方は内容を記入してください**
食物（　　）・ 薬品（　　）・ その他（　　）

⑦ 現在は**他の病院**にかかっていますか　いいえ ・ はい　（病院名　　）
現在お薬を飲んでいますか　いいえ ・ はい　（薬名　　）
＊薬名を記入いただくか、お薬手帳をお出しください

⑧ 食生活についてあてはまるものすべてに〇をしてください
ほぼ自分が作る ・ ほぼ家族が作る ・ 朝食抜きが多い ・ 昼は外食中心 ・ 夕食は22時以降が多い
夜は付き合いの食事が多い ・ 早食いである ・ 野菜が苦手 ・ 野菜を多く食べる方である
揚げ物を好んで食べる ・ カロリーを気にして食事をしている ・ 肉中心の食事 ・ 魚中心の食事

・ 普段、おやつ（間食）を食べますか　いいえ ・ はい
「はい」と答えた方　当てはまる時間に〇をしてください　　不規則 ・ 朝～昼 ・ 昼～夕 ・ 夕食後

⑨ 運動の習慣はありますか　いいえ ・ はい
「はい」と答えた方　（具体的に　　）
・ 通勤で歩く時間はどれくらいですか　（片道　　分）
・ エレベーターを使わないなど努力をしていますか　いいえ ・ はい

⑩ お酒　飲まない ・ 飲む　種類（　　）量（　　ml/日）
たばこ　吸わない ・ 吸う　（　　本/日）　禁煙（　　才のとき）

⑪ 病気に関して心配なことはありますか　いいえ ・ はい　**※「はい」と答えた方は〇をしてください**
今でも糖尿病になったことを受け入れられない ・ 仕事をする上で支障になる
今の治療法のままで良いのだろうか ・ 食事制限がつらい ・ 家族の理解が得られない
将来、合併症がひどくなるのではないだろうか ・ 医療費が心配
運動をするように言われても嫌いなのでつらい ・ その他（　　）

⑫ 1ヵ月以内に海外に行かれましたか　いいえ ・ はい　（ 本人 ・ 家族 ）
国名（　　）

⑬ この1年間で健診を受診しましたか　いいえ ・ はい　指摘事項（　　）

⑭ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか　いいえ ・ はい

⑮ 女性の方にお聞きします
・ 前回の生理の期間は（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）・閉経（　　才頃）
・ 妊娠、出産の経験はありますか　いいえ ・ はい
「はい」と答えた方で、指摘事項はありましたか　いいえ ・ はい　**※「はい」と答えた方は指摘事項を〇してください**
妊娠時高血糖 ・ 妊娠糖尿病 ・ 巨大児の出産 ・ その他（　　）
・ 現在、妊娠中ですか　はい（　　）週目 ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中である
「はい」と答えた方　病院名（　　）非妊娠時の体重（　　kg）

※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の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。
ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません