

# 糖尿病内科 問診票

記入日： 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (TSH) \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才

身長 \_\_\_\_\_ cm 現在の体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ mmHg

ご職業 (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 ( \_\_\_\_\_ ) 才

家族構成について \_\_\_\_\_ 人暮らし (夫・妻・息子・娘・両親・祖父・祖母 \_\_\_\_\_)

## 1. 現在の症状について (複数回答可)

- なし のどの渇き 多飲 尿の回数が多い 体がだるい  
体重減少 ( \_\_\_\_\_ kg 減) 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

- なし 健診・人間ドック 糖尿病を疑い自分から病院を受診 9++  
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について

- なし  ( \_\_\_\_\_ ) 歳の時 今回が初めて

## 4. 今までの治療状況について

- なし 放置していた 食事療法のみ 運動療法のみ  
飲み薬 ※飲み薬を開始した年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 才  
→ 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )  
インスリン注射 ※インスリンを開始した年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 才  
→ インスリン名 ( \_\_\_\_\_ )  
糖尿病治療で入院したことがある 栄養指導を受けたことがある  
眼科を受診したことがある、または糖尿病網膜症の有無を調べたことがある  
→ ( \_\_\_\_\_ 年 月) (眼科医名 \_\_\_\_\_ )

## 5. 現在治療中または今までに指摘された病気について

- なし 高血圧 ( \_\_\_\_\_ 才) 高脂血症 ( \_\_\_\_\_ 才) 狭心症 ( \_\_\_\_\_ 才)  
心筋梗塞 ( \_\_\_\_\_ 才) 腎臓病 ( \_\_\_\_\_ 才) 脳梗塞 ( \_\_\_\_\_ 才)  
脳出血 ( \_\_\_\_\_ 才) 痛風 ( \_\_\_\_\_ 才) 脂肪肝 ( \_\_\_\_\_ 才) 肝臓病 ( \_\_\_\_\_ 才)  
糖尿病網膜症 ( \_\_\_\_\_ 才) その他 ( \_\_\_\_\_ ) :

## 6. 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか

( \_\_\_\_\_ ) には父母・兄弟・祖父祖母などご関係を記入してください

- なし 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ ) 高血圧 ( \_\_\_\_\_ ) 高脂血症 ( \_\_\_\_\_ )  
心臓病 ( \_\_\_\_\_ ) 脳卒中 ( \_\_\_\_\_ ) がん ( \_\_\_\_\_ )

**7. 現在何か薬を飲んでいますか※** お薬手帳を出してください

なし ある（わかる場合は薬の名前）

**8. 食生活について伺います**

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 魚中心

おやつのにんにくをつけてください（朝～昼・昼～夕・夕食後）

**9. 運動の習慣はありますか**

なし ある（具体的に）

通勤で歩く時間はどれくらいですか（片道 分） 買い物ついでに歩いている

エレベーターを使わないなど努力している

**10. アルコールについて伺います**

飲まない 付き合いで飲む程度（ 回/月） よく飲む（ 回/月）

（ビール ml/回、酒 合/回、焼酎 ml/回、その他）

**11. 喫煙について伺います**

もともと吸わない 禁煙した（ 才） 喫煙中（ 才～ 本/日）

**12. 女性の方に伺います**

妊娠、出産の経験はない

妊娠、出産の経験がある（妊娠時の尿糖・血糖値 妊娠糖尿病 巨大児の出産）

現在、妊娠中（ 週目） 病院名（ ）

非妊娠時の体重（ kg）

**13. 病気に関して心配なことはありますか**

なし 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

食事制限が辛い 家族の理解が得られない 医療費が心配

自分は将来、合併症がひどくなるのではないだろうか

運動をするように言われても嫌いなので辛い

その他（ ）

**14. 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（ ）

**15. 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

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。

※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。

阪南市民病院 糖尿病内科

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。