

糖尿病外来 初診問診票

(フリガナ)		電話番号	
お名前		生年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女
ご住所	(〒 —)		

◆ 本日はどうされましたか？

- 通っている病院を変えたい 他院から紹介された
 口渇 多飲 多尿 体重減少 倦怠感 しびれ
 その他 ()

◆ 現在、治療中の病気はありますか？ (ある ・ ない)

病名 _____ 医療機関 _____

◆ 糖尿病の治療歴はありますか？ (ある ・ ない)

ある方にお伺いします。

糖尿病の発症 _____ 歳(頃) 指摘された経緯 _____

治療歴

合併症の指摘 (ある ・ ない) 神経障害 網膜症 腎症

教育入院歴 (ある ・ ない) _____ 回 医療機関 _____

◆ 今までにかかったことのある病気はありますか？

- 高血圧症 脂質異常症 心疾患 脳血管疾患
 その他入院や手術などを必要とした大きな病気
 ()

◆ 女性の方にお伺いします。妊娠・出産歴はありますか？ (ある ・ ない)

ある方にお伺いします。妊娠時の合併症はありますか？ (ある ・ ない)

- 妊娠糖尿病 巨大児

裏面のご記入もお願いします

◆ご家族・ご親戚で糖尿病の方はいらっしゃいますか？（いる・いない）

ある方は、ご記入ください。_____（祖父、母、次男など）

◆現在、服用中の飲み薬はありますか？（ある・ない）

ある方は、お薬手帳をお手元にご準備ください。

◆生活習慣について教えてください。

食欲：○低下 ○普通 ○良好 睡眠：○不良 ○普通 ○良好 排便：回/週(7日)

喫煙：○なし ○あり ○禁煙(過去喫煙)_____本 / 日 × _____年

飲酒：○なし ○あり ビール_____杯、日本酒_____杯、焼酎_____杯 / 日

家庭環境：○独居 ○同居者あり_____（母、妻、長男、友人など）

介護保険：○なし ○あり_____ ○申請中

◆ご来院時の際の状況について教えてください。

身長：_____cm 体重：_____kg 血圧：_____ / _____ mmHg

過去最大体重 _____Kg(_____歳頃) 20歳頃の体重 _____Kg

◆食生活について教えてください。

食事回数：_____回 食事量：○少ない ○普通 ○多い 味付け：○薄い ○普通 ○濃い

朝食：_____

昼食：_____

夕食：_____

間食：○なし ○あり_____

よく飲む飲み物：□水 □お茶 □ジュース □お酒 □その他(_____)

◆運動習慣について教えてください。

○なし ○あり 運動内容_____ 週_____回、1回_____分程度

※仕事をしている方のみ

労働の種類(例：事務職、デスクワーク) _____

通勤手段：○歩行 ○自転車 ○車 ○公共交通機関 ○その他_____