糖尿病問診票

ふりがな

氏名

※裏面もあります。書ける範囲でなるべく詳細に記載いただけると診察に役立ちます。

1. 現在、何か症状はありますか？ （◯で囲んでください）
* ない
* ある

疲れやすい のどが渇く 多飲・多尿 体重減少

息切れ　 動悸 足のむくみ 足のしびれ

足のこむらがえり 視力の低下 便秘 下痢

胃もたれ 立ちくらみ

その他（ ）

1. 初めて血糖値が高いと言われたのはいつ頃ですか？
* （　　　 ）歳の時
* 今回が初めて
1. 発見されたきっかけは？

健診・人間ドック 症状出現（ ）

他の疾患（ ） その他（ ）

1. その後は受診や通院されていますか？
* 一度も受診していない
* 年に１回の健康診断や人間ドックだけ受けている
* しばらく通院したが、最近は通院していない
* 定期的に通院している→通院先はどちらですか？（ ）

→通院頻度はどのくらいでしたか？（月1回・2ヶ月に1回・その他：　　　　　）

1. 糖尿病で通院されていた、通院中の方：治療内容について教えてください。
* 食事療法
* 運動療法
* 薬物療法

内服薬（ ）

インスリン（ ）

GLP1アナログ（ビクトーザ・トルリシティ・バイエッタ・その他）

1. 自己血糖測定はされていますか？
* していない
* している（月　　　　回）
1. 糖尿病の合併症がでていると言われたことはありますか？
* ない
* ある

神経（手や足のしびれ・痛み・感覚異常）

目（眼底出血・網膜浮腫・白内障）

腎臓（蛋白尿・腎機能低下）

心臓（狭心症・心筋梗塞）

脳梗塞

1. 他にお持ちのご病気はありますか？今までかかったご病気、手術についても記載してください。

高血圧 高脂血症 高尿酸血症

脳出血 腎臓病 肝臓病

その他（ ）

1. 現在飲まれているお薬やサプリメントなどはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

「はい」の方→( )

1. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

「はい」の方→( )

1. ご家族に下記のご病気の方はいらっしゃいますか？
* 糖尿病

なし　あり（祖父・祖母・父・母・兄・弟・姉・妹・おじ・おば・いとこ・子供）

* 高コレステロール血症

なし　あり（祖父・祖母・父・母・兄・弟・姉・妹・おじ・おば・いとこ・子供）

* 心臓病

なし　あり（祖父・祖母・父・母・兄・弟・姉・妹・おじ・おば・いとこ・子供）

1. 体重について教えてください。
	* ２０歳時の体重（ kg）
	* 過去の最大体重（ kg/ 歳のとき）
	* 現在の体重（ kg）
2. 生活習慣について
* 起床時間（　　：　　）
* 食事　　主な調理者（ ）
	+ 朝食（　　：　　）なし・和食・洋食・中華
	+ 昼食（　　：　　）なし・弁当持参・外食（　　回/週）・自炊・その他（　　　　　　　）
	+ 夕食（　　：　　）なし・弁当持参・外食（　　回/週）・自炊・その他（　　　　　　　）
* 間食：なし 週１〜2回 週３〜４回 週５〜７日
* 運動：なし 週１〜2回 週３〜４回 週５〜７日

内容（ ）

* 就寝時間（　　：　　）
1. お仕事をされている方
* お仕事の内容（ ）
* 休日：（月　　　日） 平日 土日 不定期
* 夜勤： なし あり（月　　　回）
* 通勤手段： 徒歩（　　　分）・自転車（　　　分）・バス・電車・車
* 通勤時間：（片道 分）
1. 趣味はありますか？

ない ある（ ）

1. 飲酒はされますか？

なし 週１〜2回 週３〜４回 週５〜７日

種類：ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・ワイン

量（ ml）

1. 喫煙はされますか？

・一度もない

・喫煙している（１日　　本）

・過去に喫煙していた（　　歳〜　　歳まで、１日　　本）

1. 同居の方について

・一人暮らし

・同居家族がいる（どなたですか？ ）

1. (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか？ （ はい ・ いいえ・可能性あり ）

現在、授乳中ですか？ （ はい ・ いいえ ）

(出産歴)お子さんはいらっしゃいますか？（はい・いいえ）

「はい」の方→お子さんが産まれたときの体重はおおよそ何gでしたか（　　　　）g

1. 当院をどこでお知りになりましたか？

ホームページ・看板・家族や知人からの紹介・雑誌の記事・チラシ・他の病院からの紹介

その他（ ）

1. 受診できない曜日や時間帯がある方は記載お願いします。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 困っていること、不安に思っていること、治療する上で何か希望することなどがありましたらお書きください。