

問診票

氏名(_____)

以下の質問で当てはまるものにチェックを付けて下さい。
また()内には当てはまる言葉や数字を記入して下さい。

Q 今現在 何か症状はありますか？

- 特になし のどが渇く 水をたくさん飲む 尿の回数や量が多い 手足のしびれ
 足がつる 視力の低下 だるい 体重減少[()ヶ月で()kg減った]

Q 初めて血糖値が高い または 治療を開始したのは いつですか？

()年()月頃

- 健診・人間ドックで 体調が悪く 受診したとき 他の病気で通院している病院で発見
 その他()

Q 現在内服中のお薬はありますか？

- いいえ はい → お薬手帳は本日お持ちですか？(いいえ はい)

Q 栄養相談を受けたことがありますか？ いいえ はい(____年頃)

Q 眼科を定期的に受診していますか？

- いいえ はい → 最終受診(年 月頃)
網膜症の指摘をされていますか？ いいえ はい

Q 若い頃(20歳)の体重はどの位でしたか？ ()kg

Q 過去最大体重は何kgですか？またそれはいつですか？ ()歳頃()kg

Q 現在通院治療中のご病気・過去に入院するような大きな病気をされたことがある方は、
おいくつの時に・何の病気を治療されたか お書きください。

- | | | | |
|------------------|-------------------------------|---|----------------------------------|
| ()歳の時 病名: _____ | <input type="checkbox"/> 治療終了 | ・ | <input type="checkbox"/> 現在通院治療中 |
| ()歳の時 病名: _____ | <input type="checkbox"/> 治療終了 | ・ | <input type="checkbox"/> 現在通院治療中 |
| ()歳の時 病名: _____ | <input type="checkbox"/> 治療終了 | ・ | <input type="checkbox"/> 現在通院治療中 |
| ()歳の時 病名: _____ | <input type="checkbox"/> 治療終了 | ・ | <input type="checkbox"/> 現在通院治療中 |
| ()歳の時 病名: _____ | <input type="checkbox"/> 治療終了 | ・ | <input type="checkbox"/> 現在通院治療中 |

Q 定期的に人間ドックまたは健康診断を受けられていますか？

- いいえ はい → 最終____年____月

Q アレルギーはありますか [なし あり→ 薬 食物 花粉 消毒薬 他]

Q 現在同居しているご家族についてお伺いします。

一人暮らし 家族と同居

…誰と暮らしていますか？ ()

Q 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか？()には(母)などご関係を記入して下さい。

糖尿病() 高血圧() 高脂血症()

心臓病() 腎臓病() 脳卒中()

癌()

Q お仕事をされていますか？

いいえ

はい:種類・内容()

シフトや夜勤の有るお仕事ですか？ いいえ はい

Q 生活習慣について伺います。

食事の回数は1日何回ですか？ ()回/1日

食事の時間を教えてください。朝()時頃 昼()時頃 夕()時頃

主な調理者はどなたですか？ (自分 家族)

間食はありますか？ (なし あり)

運動の習慣はありますか？ 無 有 →運動頻度: ほぼ毎日 1~2回/週 3~4回/週

運動内容:()

起床時間は ()時頃 就寝時間は ()時頃

アルコールを飲みますか？

のまない つきあいでのも程度 ()回/月 よく飲む ()回/週

アルコールの種類・量()

たばこは吸いますか？

すわない 禁煙した()歳 喫煙中()歳から ()本/日

Q 女性の方に伺います。

前回の月経はいつですか？→()月()日~ (定期 不定期) 閉経:()歳

妊娠出産の経験はありますか？ → ない ある

出産経験のある方のみに伺います。下記に当てはまりましたら チェックをしてください。

妊娠中 尿糖が出た。 生まれた子供の体重が4000g以上だった。

Q 治療にあたって、ご希望や知りたいこと・困っていることなどございましたらお書き下さい。