

糖尿病問診票

年 月 日

問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。個人情報診察に関してのみ使用いたします。

フリガナ 氏 名	男 女	生年月日 年 月 日生	T・S・H・R	職業
〒 住 所				
携 帯 番 号	— —	自 宅 電 話 番 号	— —	
緊 急 連 絡 先	— —	名 称 :	続 柄 :	

1. 糖尿病を指摘されたのは今回が初めてですか？

- ☐ はい ☐ いいえ（何歳の時に指摘されましたか？ 歳 ☐ 1 型 ☐ 2 型 ☐ わからない）
糖尿病を発見されたきっかけは？
☐ 健診・人間ドック ☐ 糖尿病を疑い自分から病院を受診 ☐ 病院で偶然発見
☐ その他（ ）

2. 現在の状況

- ☐ のどの渇き ☐ 尿の回数が多い ☐ 体がだるい ☐ 体重減少（ ヶ月で kg 減）
☐ 手のしびれ ☐ 足のしびれ ☐ 足がつりやすい ☐ 視力の低下 ☐ 胸の痛み ☐ 便秘 ☐ 下痢
☐ その他 具体的に（ ）
今までの最大体重（ kg 歳頃） 20 歳の頃の体重（ kg ）

3. 糖尿病以外に治療中または指摘された病気 ※（ ）に発見時の年齢

- ☐ 高血圧（ 歳） ☐ 脂質異常症（ 歳） ☐ 狭心症（ 歳） ☐ 心筋梗塞（ 歳）
☐ 腎臓病（ 歳） ☐ 脳梗塞（ 歳） ☐ 脳出血（ 歳） ☐ 糖尿病網膜症（ 歳）
☐ がん（ 歳 部位： ）
☐ その他（ 歳 ）（ 歳 ）
手術歴 ☐ なし ☐ あり（ ） 輸血歴 ☐ なし ☐ あり

4. 家族・親族に次の病気はありますか？ ※（ ）には母、祖父などを記入

- ☐ 糖尿病（ ） ☐ 高血圧症（ ） ☐ 脂質異常症（ ） ☐ 心臓病（ ）
☐ 腎臓病（ ） ☐ がん（ ）

5. 現在、飲んでいる薬はありますか？（他医の薬、市販の薬、健康食品等）

- ☐ いいえ ☐ はい（ ）
これまでに飲み薬や注射薬で気分が悪くなったり、副作用が出たことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい（ ☐ 抗生剤（抗生物質） ☐ かぜ薬 ☐ 解熱鎮静剤 ☐ 造影剤
☐ その他（ ）

6. 女性の方のみお答えください

- 現在妊娠中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない
授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
妊娠中に高血糖を指摘されましたか？ ☐ はい ☐ いいえ
お子さんの出生時体重は 4,000g 以上 でしたか？ ☐ はい ☐ いいえ

裏面のご記入もお願いいたします→

7. 生活習慣について伺います

【食生活】

- 1日の食事回数（☐ 3食 ☐ 1～2食 ☐ それ以外） ☐ ほぼ自分が作る ☐ ほぼ家族が作る
☐ 外食が多い ☐ 夕食は22時以降が多い ☐ 早食いである ☐ カロリーを気にして食事をしている
☐ 野菜が不足している ☐ 野菜を多く食べる方である ☐ 揚げ物を好んで食べる ☐ 肉中心 ☐ 魚中心
☐ おやつの時間に○を→（朝～昼・昼～夕・夕食後） ☐ 加糖飲料を飲む（ジュースや加糖コーヒーなど）

【 アルコール 】

- 飲まない □ 付き合いで飲む程度 (回/月) □ よく飲む (回/週)
(ビール ml/回、酒 合/回、焼酎 ml/回、その他)

【運動習慣】

- ☐ ない ☐ ある → 具体的に（ ）
- ☐ 1日の歩数はどれくらいですか？（ 歩）
- ☐ 日常生活の中で動くようにしている（買い物や階段等）

【 喫煙 】

- ☐ もともと吸わない ☐ 禁煙した（ 歳） ☐ 喫煙中（ 歳～ 本／日）

8. 糖尿病の疑いがあると指摘を受けて、今どのようなお気持ちですか？

- ☐ 特にない ☐ 今でも糖尿病になったことを受け入れられない ☐ 今の治療法のままでいいのだろうか
☐ 自分は将来、合併症がひどくなるのではないだろうか ☐ 医療費が心配
☐ 食事制限が辛い ☐ 運動をするように言われても嫌いなので辛い ☐ 家族の理解が得られない
☐ 仕事をする上で支障になる

なぜ糖尿病になったと思われますか？

検査や治療についてご希望があればお書きください

9. 今まで治療されている方は、今までの治療内容を教えてください

- ☐ 放置していた ☐ 食事療法のみ ☐ 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
☐ 内服薬（飲み薬）（ 歳）～ ☐ インスリン注射（ 歳）～
☐ その他の自己注射（ 歳）～

眼科に定期通院していますか？

- ☐
- いいえ
- ☐
- はい ()

歯科に定期通院していますか？

- ☐
- いいえ
- ☐
- はい ()

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡してください。