

# 滝医院 初診時 糖尿病 問診票

\*身体状況/生活状況把握の為の問診です。ご不明の所は空欄で構いません。

|          |                   |
|----------|-------------------|
| ふりがな ( ) | 生年月日 (S・H 年 月 日)  |
| お名前 ( )  | 性別 (男・女) 年齢 ( ) 歳 |
| 住所 _____ | 携帯番号 _____        |
| 勤務先名 ( ) | 電話番号 _____        |

**【1】 受診目的**

・糖尿病の検査 ・糖尿病の治療 ・治療の再開 ・その他 ( )

**【2】 血糖が高い、尿糖陽性、糖尿病と指摘された事がある ( ) 歳頃 ・今回はじめて**

**【3】 上記のきっかけは**

- ①健康診断・人間ドック
- ②他の病気で治療中に指摘された
- ③血縁者に糖尿病の人がいる
- ④糖尿病の症状があった
- ⑤その他 ( )

**【4】 今までに糖尿病の治療を受けたことが ( ある ・ ない )**

- ① インスリン注射 ( ) \_\_\_\_\_ 歳頃
- ② 飲み薬 ( ) \_\_\_\_\_ 歳頃
- ③ 食事・運動療法 \_\_\_\_\_ 歳頃

**【5】 次のような症状に気づいたことはありますか (あてはまる項目に○をつけてください)** ・体がだるく疲れやすい・のどが渇き、飲み物をよく飲む

- ・尿の量や回数が多い (尿回数 回/日) ・便秘しやすい (1回/ 日)
- ・食欲がない
- ・最近太ってきた
- ・最近やせてきた
- ・下痢しやすい
- ・手先がしびれる
- ・足先が痺れる・
- ・足先がピリピリ痛む
- ・足の裏に何か張り付いた感じがする
- ・足先が冷たい
- ・脚がむくむ
- ・皮膚がかゆい
- ・おできができる
- ・目がかすむ
- ・視力低下
- ・歯槽膿漏がある
- ・胸が痛い
- ・足が痛い
- ・足がつる
- ・その他 ( )

身長 ( ) cm 1ヵ月以内の体重 ( ) kg・不明  
過去最大の体重 ( ) kg \_\_\_\_\_ 歳頃 20歳の時の体重 ( ) Kg

**【6】 現在の同居者 ( )**

**【7】 家族歴** についてお聞きします。ご家族の現在の状況と病気の有無 (高血圧/糖尿病/がん/脳梗塞/脳卒中/狭心症/心筋梗塞の有無) に対してご記入ください。

実父 \_\_\_\_\_ 歳 (状況 : ) 実母 \_\_\_\_\_ 歳 (状況 : )  
ご兄弟 ( )  
子供 ( )

**【8】 たばこ 吸う ( 一日平均 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳から )**  
吸わない (もともと非喫煙者/ ( ) 歳で禁煙した)

**【9】 (女性の方へ) 妊娠・出産歴 ( ) 回 妊娠中の異常 ( 有 ・ 無 )**  
出産時の異常 ( 有 ・ 無 ) 巨大児の出産 ( 有 ・ 無 )

**【10】 既往歴**

- 【11】 現在、治療中の病気（有・無）（あてはまる項目に○をつけてください）  
 ・高血圧 ・高脂血症 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳梗塞/脳卒中 ・不整脈  
 ・その他（ ）
- 【12】 お食事について：1日（ ）食・・・朝\_\_\_\_\_時頃・昼\_\_\_\_\_時頃・夕\_\_\_\_\_時頃  
 過食（有・無） 偏食（有・無）  
 間食（有・時々・無）・・・内容 \_\_\_\_\_  
 外食（しない・時々・毎日）・・・内容 \_\_\_\_\_  
 スーパー・コンビニ弁当の利用（しない・時々・毎日）・・・内容 \_\_\_\_\_  
 主な調理者（ ）
- あてはまる項目にまるをつけてください
- ・早食いである ・揚げ物が好き ・甘いものが好き ・果物が好き ・宴席が多い  
 ・食事の時間が不規則・缶コーヒーやポカリやジュースなど糖分入りの飲み物をよく飲む
- 1日の水分量（ ）ml / （主な飲み物： ）  
 飲酒（しない・ \_\_\_\_\_回/週 ・ ほぼ毎日）  
 一日の飲酒量は 日本酒（ 合） ビール（ ml） 焼酎（ ml / 合）  
 その他（ ）
- 栄養指導受講（有・無）いつ頃（ ）どちらで（ ）  
 教育入院（有・無）いつ頃（ ）どちらで（ ）
- 【13】 運動（する・時々・しない）運動の種類（ ）  
 一日の歩数（ ）歩 万歩計/活動量計（有・無）
- 【14】 体重測定の頻度（健診の時のみ・1カ月毎・1週間毎・毎日・その他）  
 体重計の種類（家がない・目盛り式・デジタル式）
- 【15】 仕事の種類・内容（ ）  
 体を使う程度（軽い・中程度・重労働）  
 勤務時間（ ） 休日（ ）
- 【16】 趣味・習慣がありましたらお教えてください（ ）
- 【17】 睡眠状態（良好・普通・不眠）就寝時刻（ ） 起床時刻（ ）  
 睡眠導入剤の使用（有・無）
- 【18】 眼科受診（有・無） いつ頃（ ）  
 どちらで（ ）
- 【19】 アレルギー（有・無）  
 食べ物では（ ） 薬では（ ）
- 【20】 その他、お聞きになりたいことやご要望など

---



---



---



---



---



---



---