

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？

- 通院先を変えたい 他院から紹介された 健診などで指摘された
 口渇 多飲 多尿 体重減少 倦怠感 しびれ
 その他 ()

◆ 糖尿病の治療歴はありますか？ (ある ・ ない)

糖尿病の発症 ____歳(頃) 指摘された経緯_____

治療歴

教育入院歴 (ある ・ ない) 医療機関

◆ 現在、治療中の病気はありますか？ (ある ・ ない)

病名 _____ 医療機関

服用中の飲み薬がある方は、おくすり手帳をカバンから出してお手元にご準備ください。

◆ 今までに入院や手術が必要な病気にかかったことはありますか？ (ある ・ ない)

ある方は、ご記入ください。_____

◆ 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)

◆ 喫煙されますか？

(する ・ しない ・ 禁煙した) 1日__本を__年間喫煙

◆ 飲酒されますか？

(飲まない ・ 年1回-月1回 ・ 週1-4回 ・ 週5-7回 1日__本)

裏面のご記入もお願いします

◆ アレルギーはありますか？

ない 薬剤 _____ 食物 _____

◆ 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
糖尿病がわかったときの体重 _____ 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 _____

主な調理される方： _____

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 外食が多い | <input type="checkbox"/> コンビニが多い | <input type="checkbox"/> 惣菜が多い | <input type="checkbox"/> カップ麺が多い |
| <input type="checkbox"/> 菓子パンが多い | <input type="checkbox"/> スナックが多い | <input type="checkbox"/> 洋菓子が多い | <input type="checkbox"/> 和菓子が多い |
| <input type="checkbox"/> ジュースが多い | <input type="checkbox"/> 牛乳が多い | <input type="checkbox"/> 糖入コーヒーが多い | <input type="checkbox"/> 糖入紅茶が多い |
| <input type="checkbox"/> 栄養ドリンクが多い | <input type="checkbox"/> サプリが多い | <input type="checkbox"/> スポーツ飲料が多い | <input type="checkbox"/> プロテインが多い |

◆ 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

◆ お仕事について教えてください。ご職業 _____ 夜勤は？ (ある ・ ない)

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 _____

◆ ご高齢の方にお伺いします。介護保険は利用されていますか？

(利用していない ・ 要支援 _____ ・ 要介護 _____)

◆ 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したか？ (ある ・ ない)

妊娠糖尿病 巨大児 その他 _____

記入お疲れ様でした。スタッフまでお渡しください。