

問診 (この問診票で得られた情報は、当院で定めた利用目的範囲で利用致します)

(ふりがな)

明治 大正 昭和 平成

お名前

生年月日 年 月 日生

郵便番号

電話番号

住所

1. いつからどのような症状で受診されたのですか？

2. 現在、治療中の病気はありますか？ 無 有 ( )

3. 現在、服用中の薬はありますか？ 無 有 ( )

4. 既往歴 無 有 手術あり ( )  
その他 ( )

5. アレルギー：①薬剤アレルギー 無 有 ( )  
②喘息 無 有  
③その他 無 有 ( )

6. 家族歴：血縁のある方の病気を教えて下さい  
高血圧 ( ) 糖尿病 ( )  
甲状腺疾患 ( ) 心疾患 ( )  
脳梗塞・脳出血などの、脳血管障害 ( )  
脂質異常症 ( ) 悪性腫瘍・ガン ( )  
ウイルス性肝炎 ( ) リウマチなどの膠原病 ( )  
その他 ( )

7. 女性の方へ ・妊娠：否定できる 可能性がある している  
・授乳：していない している

糖尿病・高血圧・脂質異常症・肥満症・甲状腺疾患にて受診の方

20歳時の体重 ( ) kg 過去の最高体重 ( ) kg : ( ) 歳の頃

タバコを吸いますか？ 吸わない 吸う ( 本/日・ 歳～ 歳)

アルコールを飲みますか？ 飲まない 飲む ( 日/週)

(何を どれ位 )

運動習慣 無 有 (何を )

・どの程度 1日1回 週 回 月 回

・1回の運動時間 分程度

問診 <糖尿病> (この問診で得られた情報は、当院で定めた利用目的の範囲で使用いたします)

1. いつ頃、糖の異常や糖尿病があると診断されましたか？ ( ) 頃)
2. 診断のきっかけは何でしたか？  
 健診や人間ドックで異常を指摘された  自覚症状があったので受診し判明した  
 その他 ( ) )
4. 糖尿病のタイプは分かりますか？  
 知っている ( )  知らない
5. 現在の血糖コントロールの状態は？  
1) HbA1cの意味はご存知ですか？  はい  いいえ  
2) 最近のHbA1cの値はご存知ですか？  はい ( )  いいえ
6. 過去に栄養指導を受けたことがありますか？  はい  いいえ
7. いつから糖尿病の薬物治療を受けていますか？  
 ( ) 年(才)より  受けていない  わからない
8. 現在の治療法についてわかりますか？  
 はい ( )  
 いいえ
9. 眼科は受診していますか？  はい ( ) 毎に受診している)  いいえ
10. 白内障や緑内障、糖尿病性網膜症の有無がわかりますか？  
 はい ( ) と指摘あり)  
 いいえ  不明
11. 過去に腎機能障害を指摘されたことがありますか？  
 はい ( ) と指摘あり)  
 いいえ  不明
12. 蛋白尿を指摘されたことがありますか？  
 はい ( ) 頃)  いいえ  不明
13. 自覚症状についてお聞きします。  
1) 口がよく渇く  はい ( ) 頃より)  いいえ  
2) 多飲である  はい：何をどれ位飲みますか？ ( )  
 いいえ  
3) 多尿である  はい ( ) 回/日・うち夜間 ( ) 回)  いいえ  
4) 体重減少  あり ( ) の期間に ( ) Kg 減少)  いいえ  
5) 多食  あり  なし  
6) 間食習慣  あり、  なし  
7) 疲れやすい  自覚あり  自覚なし  
8) 感覚異常  自覚あり  自覚なし  
9) こむらがえり  あり  なし  
10) 勃起障害  あり  なし  
11) 排便障害  あり：  便秘傾向  ゆるくなった  なし  
12) 傷が治りにくい  自覚あり  自覚なし  
13) 水虫がある  あり (場所： )  なし

<その他、気になる症状がありましたらお書き下さい>

-----  
-----