

# 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)

大正 昭和 平成 令和

お名前

生年月日 年 月 日生

〒

\_\_\_\_\_

電話番号

マイナンバー保険証による診療情報取得

同意する

同意しない

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

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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>

-----  
-----