

問診票（糖尿病センター）

ID: _____

氏名: _____

体温: _____ °C 身長・体重: _____ cm _____ kg

【身体面】

※最高体重 () kg (歳) 20歳の頃の体重は何kgでしたか? () kg

1. 糖尿病の診断を受けたきっかけは何ですか?

会社や学校の健康診断 人間ドック 糖尿病の症状 () に気がついた他の病気の治療時 その他 ()

2. 糖尿病は、何歳の時に診断されましたか?

 () 歳

3. 今まで糖尿病治療を受けていましたか?

今回初めて指摘された高血糖を指摘されていたが治療はしていなかった。他の病院で治療を受けていた ●どんな治療を受けていましたか?食事療法のみ飲み薬 (薬名) (薬名) (薬名)インスリン (薬名)

朝 (単位) 昼 (単位) 夕 (単位) 眠前 (単位)

➤ 糖尿病が原因で入院したことがありますか?

ない ある () 年前

4. 現在、次の症状はありますか? (○をつけてください)

のどの渇き・多飲・多尿・だるい・疲れやすい・体重減少・足底や足先のしびれ感・足のむくみ
動悸(どうき)・たちくらみ・勃起不全・視力の低下・視力の低下・目のかすみ

5. 糖尿病以外にかかった病気はありますか?

ある (歳) 病名 () 特にない

(歳) 病名 ()

➤ 眼科には通院したことがありますか?

ある→どこの眼科に通っていますか? () ない

最後に受診したのはいつ頃ですか? ()

6. ご家族に糖尿病の方はいますか?

いない いる→祖父(父方・母方)・祖母(父方・母方)・父・母・兄弟・子供

2枚目に続きます

7. 嗜好品について

➤ アルコールはのみますか？

飲まない 飲む アルコールの種類 () 量 () 頻度 () 日に () 回

➤ たばこは吸いますか？

吸わない () 歳までは吸っていた。 () 年前から吸っていない。

吸う→何歳から吸っていますか？ () 歳 一日 () 本

8. 現在飲まれているお薬やサプリメントはありますか？

いいえ はい (薬名:)

※本日、お薬手帳 (有・無)

9. お薬や食物でアレルギーが出たことはありますか？

薬 食べ物 花粉 その他 (内容:)

10. これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

いいえ はい (治療内容等:)

11. 女性の方へ

➤ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ はい

➤ 出産されたことはありますか？

ない ある 新生児体重 第1子 () g 第2子 () g 第3子 () g

【生活背景】

12. お仕事はされていますか？

していない している。お仕事の内容 () ※活動量が 高い 低い

13. 生活パターンは規則的ですか？

規則的である 不規則である。

➤ 生活時間についてお答えください。

起床: 時頃 朝食: 時頃 昼食: 時頃 夕食: 時頃 就寝: 時頃

14. 同居者について

一人暮らし 配偶者 それ以外の家族 パートナー 単身赴任

<運動面>

15. 運動習慣についてお教え下さい

➤ 普段、運動はしますか？→ ほぼ毎日 時々 ほとんどしない

「ほぼ毎日」・「時々」に○を付けた方にご質問です

運動の種類 () 時間 () 頻度 ()

3枚目に続きます

<食事面>

16. 食事について

- 一日何回食事をしますか（ 食） 調理する方はどなたですか？（ ）
- 間食や夜食をしますか？
する（ ）を（ ）くらい しない
- 外食はしますか？
する ・外食の種類と頻度 種類（和・洋・中・伊・そのほか）（朝食・昼食・夕食： 回/週）
しない
- スーパー、コンビニなどで弁当や出来あいのお惣菜を利用しますか？
する 頻度（ 回/週） しない
- 甘い飲み物（ジュース、缶コーヒー、スポーツドリンク）などは飲みますか？
飲む 頻度や種類など（ ） 飲まない

<足について>

17. 足のトラブルを感じた事がありますか？

- ない たこ 足がつる 水虫 巻き爪 感覚がわからない しびれ 傷が治りにくい
その他（ ）

【精神面】

18. 周りの方はあなたが糖尿病であることを知っていますか？

- 知っている→家族のみ・親戚まで・友人まで・職場も含め・誰でも
知らない→それはなぜですか？→・はずかしい・遠慮・そのほか（ ）

19. これから診察するにあたり不安な点、伝えたい点があればご記入ください。

★紹介状をお持ちの方は、受付にご提出下さい。