

糖尿病外来 問診票

ver 1 2017/04/01

わかる範囲でお書きください。

平成 年 月 日

(ふりがな)

名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 歳

住所 _____

電話 _____ 携帯 _____

身長 (cm) 過去の最大体重 (kg) (歳のころ)

体重 (kg) 20歳の頃の体重 (kg)

1. 「糖尿病」(糖尿病の気・血糖値が高い・尿に糖がでてい)と言われたことがありますか?

・ある (「 _____ 」と言われた。) ・ない

～ あると答えた方へ ～

・それはいつ頃ですか? (年 月頃)

・どこでいわれましたか? (検診・病院・その他 _____)

・血糖値はどのくらいといわれましたか? (_____) mg/dl

・次のような症状はありましたか? (指摘されたとき、現在)

のどが渇く 尿の量や回数が多い 水をたくさん飲む 体がだるい 手足のしびれ

視力低下 急に体重が減った

その他 (_____)

2. 糖尿病の治療 を受けたことはありますか? ・ある ・ない

～ あると答えた方へ ～

・どのような内容の治療ですか?

食事療法 運動療法 内服薬 インスリン注射 教育入院

・栄養指導を受けたことはありますか?

ある (食事カロリーは何カロリーですか? _____ kcal) ない

・糖尿病の薬(経口血糖降下剤)を内服していますか?

内服している(薬品名: _____ 飲み方: _____錠/回 _____回/日)

内服していない

・インスリン注射はしていますか?

注射している(朝: _____、 _____単位)

(昼: _____、 _____単位)

(夜: _____、 _____単位)

(寝る前: _____、 _____単位)

注射していない

3. 糖尿病の合併症 はありますか? ・ある ・ない

～ あると答えた方へ ～

・糖尿病性神経障害 ・糖尿病性網膜症 ・糖尿病性腎症 ・動脈硬化

・眼科へは定期的に受診していますか? ・はい ・いいえ

4. 糖尿病以外 で今までにかかった病気を教えてください。(現在、治療中も含む。)

・ 高血圧・高脂血症・高尿酸血症・メタボリック症候群

・ 心臓病・腎臓病・肝臓病・胃の病気・腸の病気

(具体的に: _____ 何歳のとき? _____ 歳)

・ 喘息・結核・アレルギー・その他 (_____)

～上記に○をされた方へ

・ 薬 (高血圧の薬など) は内服していますか?

内服している (薬品名 _____)

内服していない

5. ご家族 (血縁者) に以下の病気にかかった方はいますか?

糖尿病 (続柄: _____) 高血圧 (続柄: _____) 脂質異常 (続柄: _____)

脳卒中 {脳出血や脳梗塞} (続柄: _____)

心臓病 {狭心症や心筋梗塞} (続柄: _____)

6. ご家族は何人ですか? (_____ 人) ご職業は何ですか? (_____)

7. たばこ は吸いますか?

吸わない

以前に吸っていた<禁煙している> (_____ 本/日 _____ 歳から _____ 歳まで)

現在、吸っている (_____ 本/日 _____ 歳から _____ 歳まで)

8. アルコール は飲みますか?

飲まない ・ 飲めない

飲む 週に (_____) 回 (種類: _____ 量: _____)

9. あなたの 生活習慣 について当てはまるものに○をつけてください。

・ 夕食が遅い ・ 外食が多い ・ コンビニ弁当が多い ・ 間食や甘い物が多い

・ 果物が多い ・ ジュースやコーラなどをよく飲む ・ 油物が多い

・ デスクワークが多い ・ 運動不足 ・ 生活が不規則 ・ 宴会が多い

・ その他 (_____)

10. 女性の方へ

・ お子様の出産時の体重は何gですか? またそれは何歳の時ですか?

(_____)

・ 現在、妊娠していますか? はい いいえ

・ 最終月経はいつですか? (_____)

・ 今後、妊娠の予定や希望はありますか? はい いいえ