

問診票

記入日： 年 月 日

看護師記入欄

スキャン済 ☐

氏名： 様 生年月日： 年 月 日

ADL：独歩・杖歩行・車椅子

性別： 男・女 身長： cm 体重： kg

電話番号： 住所： 〒

持参物：紹介状・CD-R・()・なし

1. 体重歴

現在： kg 20歳頃： kg 過去最大の体重： kg(歳)

身長： cm

2. 受診した理由

*下記の症状があれば○をしてください。

- ・喉の渇き() ・多飲() ・多尿() ・痛み() ・息切れ()
- ・体重減少() → (いつ頃から：) どのくらい減ったか： ()
- ・足先のピリピリ感() ・足裏に膜が張ったような感じ() ・視力障害()
- ・砂利の上を歩いているような感覚() ・労作業した際の胸の違和感()

3. 糖尿病歴について

- ・健康診断は毎年受けている： はい・いいえ
- ・いつ耐糖機能障害（血糖が高め、尿糖あり）を指摘されましたか。
(年前) *覚えている範囲で結構です。
- ・糖尿病の治療歴をご記入ください。
(年前から) 病院・医院で
(治療薬の名前：)
- ・眼科受診歴がある： はい・いいえ
レーザー治療、手術を受けた方(年前に)

4. 糖尿病以外の病気について該当するものがあれば○をつけ、

何年前から治療をしているかご記入ください。

- ・高血圧() ・脂質異常症() ・高尿酸血症・痛風() ・虚血性心疾患()
- ・脳梗塞() ・脳出血() ・難聴() ・けいれん() ・その他()

5. アレルギーについて

- ・薬： いいえ・はい (種類：)
- ・食物： いいえ・はい (種類：)
- ・その他： (種類：)

6. 現在内服している薬をご記入ください。(注射薬のある方もご記入ください。)

*お薬手帳があれば、ご提示をお願いします。

[]

2枚目もご記入ください。

7. ご家族の病歴について

・血縁あるご家族に糖尿病の方はいますか： はい・いいえ

「はい」の方はその方との続柄および治療方法（内服やインスリン等）が分かればご記入ください。

()

・心臓病() ・脳卒中() ・難聴() ・けいれん()
・その他()

8. 出産歴について

・お子様の出生時体重（覚えている範囲で結構です）

第1子 kg 第2子 kg 第3子 kg

・妊娠中に血糖高めと言われたことがありますか？ はい・いいえ

9. 職業歴について

職種：

*具体的に記入しづらい方は、体を動かす仕事あるいはデスクワークかのみのご記入で結構です。

10. 生活歴について

一緒に住んでいる家族(同居人)をご記入ください。

11. 食生活について

・1日 回：朝食 時、昼食 時、夕食 時

・時間： 規則的・不規則

・外食、自宅、お弁当、パン、ご飯、麺類などわかる範囲でご記入ください。

朝食：

昼食：

夕食：

・間食： しない・する（どのような物： 頻度：)

・ジュース、ポカリスエットなどの甘い飲料を多く飲むことがある。

いいえ・はい (ml/日 頻度：)

12. 嗜好歴について

・喫煙：1日 本× 年（止めた方： 年前まで 本/日× 年)

・飲酒：種類： 量：1日 ml

頻度： 週・月・年 回

13. 運動習慣について

・普段、運動習慣がある： いいえ・はい（何を： 頻度：)

ご記入ありがとうございました。受付へお渡しください。