

おゆみの中央病院 糖尿病内科 問診票

I	D		性別	受診日 年 月 日
ふ り が な			男 ・ 女	記入者 ☐ 本人 ☐ 本人以外
氏 名				記入者氏名： 本人との続柄：
生 年 月 日	大正・昭和・平成	年 月 日	身 長	c m
現在の体重		k g	20 歳頃の体重	k g
過去最高の体重		k g (歳)	最近の体重変化	☐ 増加 ☐ 変化なし ☐ 減少

下記の質問にご回答ください。

1. 受診された理由についてご回答ください。

- ☐健康診断で異常を指摘された ☐他院からの紹介（医療機関名： _____）
☐その他（ _____ ）

2. 糖尿病あるいは血糖値の異常を初めて指摘された年齢 _____歳の時 ☐ 今回が初めて

3. 糖尿病を発見されたきっかけについてご回答ください。

- ☐健診・人間ドック ☐糖尿病を疑い自分から病院を受診 ☐病院で偶然発見
☐その他（ _____ ）

4. 現在の症状についてご回答ください。

- ☐のどの渇き ☐尿の回数が多い ☐体がだるい ☐体重減少（ _____ kg）☐手のしびれ
☐足のしびれ ☐足がつりやすい ☐視力の低下 ☐胸の痛み ☐便秘 ☐下痢
☐その他（具体的に _____ ）

5. 現在治療中または今までに指摘された病気についてご回答ください。

- ☐高血圧（ _____ 歳） ☐高脂血症（ _____ 歳） ☐狭心症（ _____ 歳） ☐心筋梗塞（ _____ 歳）
☐腎臓病（ _____ 歳） ☐脳梗塞（ _____ 歳） ☐脳出血（ _____ 歳） ☐痛風（ _____ 歳）
☐脂肪肝（ _____ 歳） ☐肝臓病（ _____ 歳） ☐糖尿病性網膜症（ _____ 歳）
☐その他（病名： _____ 歳）（病名： _____ 歳）

6. 現在、飲んでいる薬はありますか。 ☐あり ☐なし

（お薬手帳の持参 ☐あり ☐なし）

お薬手帳の持参がない場合、下記にご記入下さい。

7. 血縁関係のある家族・親族に次の病気はありますか？ ※括弧には続柄をご記入ください。

- ☐糖尿病（ _____ ）☐高血圧（ _____ ）☐高脂血症（ _____ ）☐心臓病（ _____ ）
☐脳卒中（ _____ ）☐がん（ _____ ）☐その他（病名： _____ 続柄： _____ ）

8. アレルギーはありますか？

- ☐食事（ _____ ）☐薬（ _____ ）
☐花粉症（ _____ ）☐その他（ _____ ）

9. 今までの糖尿病の治療状況についてご回答ください。

- ☐放置していた ☐食事療法のみ（今まで栄養指導を受けた回数 _____回） ☐運動療法

【裏面に続きます】

- ☐飲み薬 ※飲み薬を開始した年齢（ _____ 歳）→ 薬品名（ _____ ）
☐インスリン注射 ※インスリンを開始した年齢（ _____ 歳）
☐糖尿病治療で入院したことがある

☐眼科で糖尿病網膜症の有無を調べたことがある（ _____ 年 _____ 月）

※具体的な治療経過についてご回答ください。（例：薬が徐々が増えている、インスリンをすすめられた等）

10. 食生活についてご回答ください。

- ☐ほぼ自分がつくる ☐ほぼ家族が作る →どなたですか？（ _____ ）
☐朝食抜きが多い ☐昼が外食中心 ☐夕は外食中心 ☐夕食は 22 時以降が多い
☐夜はつきあいの食事が多い ☐早食いである ☐野菜が苦手 ☐肉中心 ☐魚中心
☐野菜を多く食べる方である ☐揚げ物を好んで食べる
☐カロリーを気にして食べている ☐間食をする（食べているもの _____ ）

11. アルコールについてご回答ください。

- ☐飲まない ☐時々飲む（ _____ 回/月） ☐よく飲む（ _____ 回/週）
（ビール _____ ml/回、酒 _____ 合/回、焼酎 _____ ml/回、その他 _____ ml/回）

12. 運動の習慣はありますか？

- ☐無い ☐ある（具体的に _____ ）
☐通勤で歩く時間はどれくらいですか？（片道 _____ 分） ☐買い物ついでに歩いている
☐エレベーターなど使わないように努力している

13. 喫煙について伺います

- ☐もともと吸わない ☐禁煙した（ _____ 歳）それまでは（ _____ 本/日を _____ 年間）
☐喫煙中（ _____ 歳 から _____ 本/日）

14. 女性の方に伺います

- ☐妊娠、出産経験なし ☐妊娠、出産経験あり（☐妊娠時の尿糖、高血糖あり ☐妊娠糖尿病 ☐巨大児の出産）

15. 病気に関して心配なことはありますか？

- ☐特にない ☐今でも糖尿病になったことを受け入れられない ☐食事制限が辛い
☐仕事をする上で支障になる ☐今の治療法のままで良いのか不安 ☐運動が辛い
☐家族の理解が得られない ☐将来の合併症が心配 ☐医療費が心配

16. 1 週間以内に下記該当するものがありましたか？ ☐いいえ ☐はい

- ・発熱、風邪症状（鼻汁、のどの痛み等）
- ・自身が新型コロナ陽性で加療
- ・新型コロナ陽性者との接触

17. 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。

マイナ保険証を ☐持っている ☐持っていない

14. 当院を何でお知りになりましたか？

- ☐ご家族 ☐お知り合い ☐他院より紹介 ☐看板 ☐ホームページ ☐SNS 等
☐その他（ _____ ）