

# 問診票

お名前 \_\_\_\_\_

記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(生年月日 M. T. S. H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

1 本日はどのようなことで受診しましたか？現在の症状を記入してください。

2 いままでに次の病気にかかったことはありますか？また何歳の時ですか？

高血圧	無・有 ( _____ 歳)	心臓の病気	無・有 ( _____ 歳)
糖尿病	無・有 ( _____ 歳)	アレルギー	無・有 ( _____ 歳)
ぜんそく	無・有 ( _____ 歳)	その他	( _____ 歳)
眼科の病気	無・有 ( _____ 歳)		

3 現在治療中の病気はありますか？

無・有 病名 \_\_\_\_\_ 服用中の薬 無・有 ( \_\_\_\_\_ )

4 今までに入院したことがありますか？

無・有 病名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳の時)

5 血のつながったご家族の持病をおしえてください。(ご関係)

・高血圧( \_\_\_\_\_ ) ・糖尿病( \_\_\_\_\_ ) ・癌 ( \_\_\_\_\_ ) ・脂質異常症(高脂血症)( \_\_\_\_\_ )  
・脳卒中( \_\_\_\_\_ ) ・肝 炎( \_\_\_\_\_ ) ・膠原病 ( \_\_\_\_\_ ) ・甲状腺の病気( \_\_\_\_\_ )  
・心臓病( \_\_\_\_\_ ) ・結 核( \_\_\_\_\_ ) ・リウマチ( \_\_\_\_\_ )

6 タバコは吸いますか？

いいえ・はい \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳から

やめた \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 年間 \_\_\_\_\_ 本/日 喫煙

7 お酒を飲みますか？

いいえ・はい 毎日・週に \_\_\_\_\_ 回・何を ( \_\_\_\_\_ ) どの位 ( \_\_\_\_\_ ) 本・c c

8 薬または食品でアレルギーはありますか？

無・有 薬品名 \_\_\_\_\_ (症状 \_\_\_\_\_ )

食品名 \_\_\_\_\_ (症状 \_\_\_\_\_ )

9 その他

排便習慣 \_\_\_\_\_ 回/日 下剤使用 無・有 (薬品名 \_\_\_\_\_ )

10 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい

11 過去1カ月以内に海外へ渡航歴はありますか？ いいえ ・ はい 国名 ( \_\_\_\_\_ )

※糖尿病センター受診ご希望の方は裏面の記載もお願いします。

# 糖尿病センター質問票

1 現在、症状はありますか？

ある ない

あると答えた方は下記の症状はありますか？（複数回答可）または具体的に記入して下さい。

・喉のかわき ・体重が減った ・尿の量、回数が増えた ・体がだるい

2 今まで糖尿病と言われたり、糖尿病の疑いがあると言われたことがありますか？

糖尿病と言われたことはない

ある それはいつ頃でしたか？ \_\_\_\_\_ 歳

糖尿病の治療は

受けたことがある \_\_\_\_\_ 歳

・ 内服薬（ \_\_\_\_\_ 歳から）・ インスリン（ \_\_\_\_\_ 歳から）・ 食事療法と運動療法のみ（ \_\_\_\_\_ 歳から）

3 今まで、一番体重が多かったのはいつ頃、何キロでしたか？

\_\_\_\_\_ 歳頃（ \_\_\_\_\_ 年前） \_\_\_\_\_ k g（20歳頃の体重 \_\_\_\_\_ k g）

4 眼科は受診されていますか？

はい 最後に受診したのは \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 いいえ

5 女性の方で妊娠時に「糖が出ている」と言われたこと、あるいは 4000 g 以上の巨大児を出産したことが ありますか？

はい いいえ

6 日常生活パターンを教えてください。（仕事の内容 \_\_\_\_\_）

起床時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 就寝時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 労働時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ :

食事時間 \_\_\_\_\_ 朝食 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 昼食 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 夕食 \_\_\_\_\_ :

7 食事について教えてください。

主に調理をされているのはどなたですか？（ \_\_\_\_\_ ）

栄養士による栄養指導を今までに受けたことはありますか？

はい（ \_\_\_\_\_ キロカロリー） いいえ

同居をしている家族は自分を含めて何人ですか？（ \_\_\_\_\_ 人）

8 運動について教えてください。

普段定期的に行っている運動はありますか？

はい \_\_\_\_\_ を一日 \_\_\_\_\_ 分・週 \_\_\_\_\_ 回（春・夏・秋・冬）

いいえ

9 その他、最近の体調で気になることがあれば○で囲んで下さい。

手足のしびれ・立ちくらみ・手足の冷え・爪の変形・足（足の指）の変色・水虫

不眠・気持ちの落ち込み

男性のみ

勃起不全・インポテンツ