

糖尿病外来問診票 分かる範囲で構いません。 R 年 月 日

健診結果 紹介状 お薬手帳 連携手帳 がある方は出来るだけ受付へご持参ください。

問診票はあらかじめFAX やメールして頂くか当日ご持参ください。

ふりがな	身長	_____	cm	体重	_____	kg			
お名前	様	男	女						
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	年齢	才
住所	〒								
電話	自宅	—	—	携帯	—	—	FAX	—	—
職業	(体を動かすお仕事、デスクワーク、夜勤)								

1. どのような事で来院されましたか (今日の受診目的):

①検診で異常を指摘 → 血糖 尿糖 コレステロール 血圧 検診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

②だるい 喉が渇く 多飲 尿が多い 体重減少 体重増加 足のしびれ、痛み むくむ こむらかえり、胸が痛い 視力の低下 目がかすむ 立ちくらみ 動悸 便秘 下痢 胃もたれ

③糖尿病の治療 (②の症状があれば○をつけて下さい)

④糖尿尿治療の継続

⑤その他→

2. 希望される事、最も困っている事→

3. 検診は毎年受けていますか はい いいえ

4. 初めて血糖が高いと言われたのはいつですか \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 \_\_\_\_\_才頃

きっかけは何ですか 健康診断 症状があった 他の病気で通院中に指摘された その他 ( )

その後について

通院治療した はい → \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_才 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_才 (継続中)

いいえ → 年1回の健康診断でチェック 検査は全くしていない

糖尿病入院歴 ある ない 病院名 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_才

今までに飲んでいた薬、インスリン (分かれば) →

5. 栄養指導を受けたことはありますか ある ない ( \_\_\_\_\_ ) キロカロリー

6. 眼科受診歴 ある ない 最後の受診日は \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_眼科

7. かかった病気があれば記入してください (例: 20才盲腸手術 前立腺肥大症 緑内障 喘息)

8. 女性の方 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ヶ月) 授乳中

妊娠歴のある方: 妊娠中に妊娠糖尿病、高血圧、むくみなどありましたか。

出産は 自然分娩、帝王切開 お子さんの出生体重が3500g以上 あった ない

9. アレルギーはありますか はい いいえ → 薬名、食べ物など ( )  
また服薬により困った症状が出た事があれば薬品名と症状をお書きください

10. 血縁の方で次の病気の方はいますか

糖尿病：            高血圧：            高脂血症：            心筋梗塞：            狭心症：  
脳梗塞：            悪性疾患（病名）：

11. お酒は飲みますか はい いいえ

ビール 焼酎 日本酒 ワイン ウィスキー 酎ハイ \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_ 杯    週 \_\_\_\_\_ 日  
タバコ 吸わない 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年    \_\_\_\_\_ 才 ~ \_\_\_\_\_ 才

12. 体重変化が分かれば記入してください： 20才頃 \_\_\_\_\_ kg    最大 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ kg  
急な増加、減少 : \_\_\_\_\_ kg から \_\_\_\_\_ kg    いつ頃ですか。 \_\_\_\_\_

13. 食事時間を教えてください 作る人 → 自分 家族 ( \_\_\_\_\_ )

起床 \_\_\_\_\_ :

朝食 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 食パン6、8枚切り \_\_\_\_\_ 枚    ご飯 \_\_\_\_\_ 杯 \_\_\_\_\_ g    菓子パン 惣菜パン サラダ

昼食 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ご飯 \_\_\_\_\_ 杯 \_\_\_\_\_ g    そば うどん等の麺類            外食 コンビニ

夕食 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ご飯 \_\_\_\_\_ 杯 \_\_\_\_\_ g    味噌汁 野菜料理 サラダ 肉 魚    外食 中食（買う）

間食 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_    時間関係なし

あめ チョコ スナック 菓子パン まんじゅう せんべい ジュース アイス ヨーグルト

就寝時間 \_\_\_\_\_ :

14. 自己血糖測定器をお使いの方は名称を記入して下さい。またはご持参ください。

ご協力ありがとうございました。

内科小久保医院 FAX03-5426-3184    e-mail address : naikakokuboin@gmail.com