

糖尿病・生活習慣病・甲状腺問診票

初診の方は診療にお時間がかかることをご了承ください。

記入日 年 月 日

ふりがな	身長(おおよそ)	cm
氏名	今日の体重	kg
ご職業	生年月日	年 月 日
住所〒	今日の血圧(上/下)、脈	
電話番号	/ 、	
血圧、体重計が無ければクリニックで測定して下さい。		

各種書類(薬手帳、紹介状、身体障害者手帳、医療減額証など)お持ちであればご提出願います。

次の1~15にお答えください。適切な診療のためにできるだけ詳しく記載してください。

1) 今日はどうのような症状、きっかけで受診されましたか。

受診のきっかけ []

どのような症状がありますか。当てはまるものに○してください。

のどの渇き	動悸	下痢	足のむくみ	視力の低下
多飲	体重が急に減った	胃もたれ	足がつる	目がかすむ
多尿	体重が増えてきた	手足のしびれ	立ちくらみ	[その他]
体のだるさ	便秘	足の冷感	勃起不全	

上記の症状はいつ頃からですか。 []

本日ききたいことはありますか。 []

2) 糖尿病あるいは生活習慣病での通院したことがありますか

はい	診断名:	診断年齢	歳
いいえ	診断のきっかけ:		
	(あれば)薬の名前		
	薬を開始した年齢()歳		
	栄養指導経験 なし・あり(最終 年 月頃)		
	教育入院 回 いつ頃()		
	(あれば)血糖自己測定 1日 回 測定器名()		

3) 血縁者に糖尿病・生活習慣病の方はいますか。

糖尿病() 高脂血症・脂質異常症() 高血圧症()
 心筋梗塞・狭心症() 脳梗塞() その他()

4) 糖尿病・生活習慣病以外で今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか。

なし/あり()

喘息がある場合は必ず記載願います

5) 眼科で眼底検査を受けたことがありますか。

いいえ はい

結果： 異常なし 異常あり ()
最終受診日： 年 月 病院名：

6) タバコは吸ったことがありますか。ある場合は時期と本数を教えてください。

いいえ はい

今も吸っている 1日 本 (歳から)
今は吸っていない 1日 本 (歳から 歳まで)

7) お酒は飲みますか。飲む場合は内容(頻度・種類・量)について詳しく教えてください。

いいえ はい

内容： 例) 週3回 ビール350ml缶2缶、焼酎水割り1杯
週 (回) 酒類 () 程度 (杯)

8) 今までの体重変化について教えてください。

20歳の時の体重 () kg、過去最大体重 () kg / () 歳頃
最近の体重変化 なし ・ あり (ヶ月で kg 増 ・ 減)

9) お薬や食べ物のアレルギーはありますか。ある場合は内容も教えてください。

いいえ はい

お薬：
食べ物：

10) 食事、生活の状況について教えて下さい

同居者は居ますか いない/いる 食事は主に誰が作りますか ()
起床時刻 (:) 頃、就寝時刻 (:) 頃
朝食時間 (:) 頃 自宅・外食・なし・内容 ()
昼食時間 (:) 頃 自宅・外食・なし・内容 ()
夕食時間 (:) 頃 自宅・外食・なし・内容 ()
間食 (:) 頃 内容 ()

甘い飲み物(ジュース・缶コーヒー・スポーツドリンク・野菜ジュースなど)は飲みますか
いいえ はい

運動習慣はありますか

なし あり 週/月 () 回 内容 () 時間 ()
1日どれくらい歩きますか ()
(例) 1000歩くらい/3kmくらい/50分くらいなど

11) 歯科に通院したことがありますか

なし ある (年 月頃 病院を受診) 診断名 ()

12) 甲状腺の病気の治療経験について教えてください。

他院に通院したことがありますか。当てはまるものに○してください。

はい

病院名：
病名： バセドウ病 橋本病 甲状腺腫瘍

いいえ

その他 () 診断年齢： 歳
診断きっかけ：

甲状腺のお薬を飲んだことがありますか。

はい

飲み始めた年齢

(

歳頃)

内容をお書きください。

いいえ

(

)

どのような甲状腺症状がありますか。当てはまるものに○してください。

甲状腺の腫れ
動悸
息切れ
食欲亢進
イライラする
手のふるえ
目の突出
その他 (

甲状腺の違和感
脈が速い
汗をかきやすい
腹痛
集中力低下
眠れない
体重変化あり (

頸部の痛み
脈が遅い
乾燥肌
下痢
意欲低下
眠気が強い

嚥下時の違和感
胸が苦しい
むくみ
便秘
寒がり
月経異常

ヶ月で kg 増・減)

上記の症状はいつ頃からですか。 (

日前 / ヶ月前 / 年前)

1 3) 甲状腺に関わる生活習慣について当てはまるものに をしてください。

海藻類 (昆布、わかめ、もずく、ひじき等) や寒天をどのくらい食べますか。
毎日たくさん 控えている 意識していない ほぼ食べない

イソジンのうがい薬 (ポピドンヨード) を使用していますか。
していない たまにする 毎日する

サプリメントや健康食品を摂取していますか。
していない している (内容:)

1 4) ご家族 (血縁者) に甲状腺の病気の方はいますか。○をしてください。

バセドウ病 父 母 きょうだい 祖父 祖母 おじ おば 他 ()
橋本病 父 母 きょうだい 祖父 祖母 おじ おば 他 ()
甲状腺腫瘍 父 母 きょうだい 祖父 祖母 おじ おば 他 ()
その他 ()

1 5) 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか いいえ はい
妊娠予定、希望はありますか いいえ はい
本日月経中ですか いいえ はい
現在授乳中ですか いいえ はい

(出産予定日 月 日
現在第 週
妊娠前の体重 kg)

たくさんのご記入ありがとうございました。
ご来院時に受付にご提出願います。

