

# ● 糖尿病・その他代謝疾患・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）		
氏名		cm		
		今日の体重		
kg		今日の血圧（上/下）、脈  /		
職業	生年月日 年 月 日			
住所	〒 -			
電話番号	自宅 携帯		※血圧計、体重計が無ければ クリニックで測定して下さい。	

☆ 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) 今日どのような症状、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) 糖尿病あるいはその他代謝疾患での通院したことがありますか

はい	病院名：
	診断名： <span style="float: right;">診断年齢 歳</span>
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
	栄養相談経験 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・その他代謝疾患の方はいますか。

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) 上記疾患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 ( )

1 2) 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：

- 甲状腺のお薬を現在飲んでいる

いいえ

はい

過去に服用していた

薬の名前（

）

飲み薬を開始した年齢： 歳

- 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

甲状腺の違和感

頸部の痛み

嚥下時の違和感

動悸

脈が速い

脈が遅い

胸が苦しい

息切れ

汗をかきやすい

乾燥肌

むくみ

食欲亢進

腹痛

下痢

便秘

イライラする

集中力低下

意欲低下

寒がり

手のふるえ

眠れない

眠気が強い

月経異常

目の突出

体重変化あり（

ヶ月で

kg 増

・ 減

）

その他（

）

- 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

⇒

（ 出産予定日      月      日

- 妊娠予定、希望はありますか

いいえ

はい

現在第      週

- 本日月経中ですか

いいえ

はい

妊娠前の体重

kg

- 現在授乳中ですか

いいえ

はい

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。



お知らせ (2022.11.14)

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。