

# 糖尿病・生活習慣病問診票

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1～12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

同居者はいますか **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) 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

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。

