

# ● 糖尿病・その他代謝疾患問診票 ●

※ 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 |  | 保険証の提示方法 (○で囲む) | 身長 (おおよそ)                       |
| 氏名   |  | マイナ / 保険証 / その他 | cm                              |
| 職業   |  | 生年月日 年 月 日      | 今日の体重                           |
| 住所   |  |                 | kg                              |
| 電話番号 |  | 自宅<br>携帯        | 今日の血圧 (上/下)、脈                   |
|      |  |                 | ※血圧計、体重計が無ければ<br>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通院したことがありますか

いいえ

はい

右欄に詳細を  
記載願います。

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| 病院名:                       |        |
| 診断名:                       | 診断年齢 歳 |
| 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。(例) 糖尿病: 父、母 高血圧症: なし

|      |             |       |
|------|-------------|-------|
| 糖尿病: | 高脂血症・脂質異常症: | 高血圧症: |
| 脳梗塞: | 心筋梗塞・狭心症:   | 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。

※喘息がある場合は必ず記載願います。

いいえ

はい

病名や時期、入院歴、手術歴などわかる範囲で記載願います。

※裏面もあります

5) 眼科で眼底検査を受けたことがありますか。結果も教えてください。

いいえ はい 結果： 異常なし 異常あり (診断名： )  
最終受診日： 年 月 病院名：

6) 今までに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 1日 本 ( 歳 から 歳 または 現在 まで)

7) お酒は飲みますか。飲む場合は内容も教えてください。(例) 週3回 ビール 350ml

いいえ はい 頻度(週 回) 種類( ) 量( ml)

8) 今までの体重変化について教えてください。

20歳時の体重( ) kg 過去最大体重( ) kg 歳頃 )  
半年間の体重変化 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 ( )
- 生活リズムと食事をとる場所や内容について教えてください。(例) 昼12:00、職場、外食  
起床時刻( : ) 頃、就寝時刻( : ) 頃  
朝食時刻( : ) 頃 場所( ) 内容( )  
昼食時刻( : ) 頃 場所( ) 内容( )  
夕食時刻( : ) 頃 場所( ) 内容( )  
間食時刻( : ) 頃 場所( ) 内容( )
- 甘い飲み物は飲みますか。飲む場合は内容に○を付けてください。  
いいえ はい (内容: ジュース 加糖コーヒー スポーツドリンク 野菜ジュース 他 )
- 運動習慣はありますか。内容も教えてください。(例) 週3回 ジムで筋トレ 30分  
いいえ はい (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) 1年以内に歯科を受診していますか。結果も教えてください。

いいえ はい 結果： 異常なし 異常あり (診断名： )  
最終受診日： 年 月頃 病院名：

12) 女性の方にお伺いします。当てはまるものに○をしてください。

( 該当なし 妊娠希望 妊娠中 → 出産予定日 月 日 )  
( 月経中 授乳中 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。

お知らせ (2024.6.1~)

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。  
医療情報取得加算(初診時) 加算1:3点/加算2:1点(マイナ利用)