

● 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		保険証の提示方法 (○で囲む)	身長 (おおよそ)
氏名		<input checked="" type="radio"/> マイナ / <input checked="" type="radio"/> 保険証 / <input checked="" type="radio"/> その他	cm
			今日の体重
			kg
職業	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		今日の血圧 (上/下)、脈
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) 今日はどのような症状、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： _____ 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：

いいえ

病名： バセドウ病

橋本病

甲状腺腫瘍

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 (2024.12.1~)

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) : 1点