

● 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		マイナ / 資格確認証 / 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) 【受診目的】今日はどのような症状、きっかけ、交通手段で受診されましたか。

● 最初に知ったきっかけ (1つだけ)

看板 [☐道路 ☐JR ☐地下鉄 ☐その他 ()]

インターネット [☐HP ☐検索 ☐Googleマップ ☐記事・SNS ☐その他 ()]

記事 [☐雑誌 ☐新聞] ☐医療機関からの紹介 ☐ご家族・知人からの紹介
☐その他 []

● 交通手段

地下鉄 [☐南北線 ☐東豊線] ☐JR ☐バス ☐車 ☐徒歩 ☐その他 ()

● 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
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 ()	

いいえ

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ください

- 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 ()

● 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。

いいえ

病院名： _____
 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： _____

いいえ はい 過去に服用していた

葉の名前 ()
 飲み葉を開始した年齢: 歳

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 / 月 前 / 年 前 〕

● 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：)

パセドウ病	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（ ）								

● 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
● 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

妊婦前回の体重 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。



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