

● 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 携帯		今日の血圧 (上/下)、脈	
				※血圧計、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
			現在第 _____ 週		
月経中	授乳中		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 (2024.12.1~)

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