

● 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 / 資格確認証 / その他	cm
			今日の体重
			kg
職業	生年月日	年	月 日
住所	〒 -		
	/ ,		
電話番号	自宅	※血圧計、体重計が無ければ クリニックで測定して下さい。	
	携帯		

※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) 【受診目的】今日はどうような症状、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。〔 〕

● 本日子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：	診断年齢	歳
診断名：		
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ください。

● 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 シムで筋トレ 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 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(2024.12.1~)

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