

あなたの初診予約日は\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日（ ）です。

当日は午前9:00までに1F受付におこしください。

この問診票をご記入の上、下記のものをご持参ください

- 保険証・公費医療証
- 来院のきっかけとなった紹介状、検査結果、健診結果
- [紹介受診の方] 紹介状
- [治療中の方] お薬手帳もしくは薬剤情報提供書（なければ現在服用中のお薬）
- [自己注射や血糖自己測定を行っている方] 現在、使用中の注射、測定器

## 糖尿病についての問診票

記入年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

がが+

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 大・昭・平 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生 \_\_\_\_\_才

### ■ 糖尿病について

発症	<p>▶ はじめて糖尿病（尿に糖が出ている、血糖値が高い）と言われたのはいつ頃ですか？</p> <p>_____年_____月頃 または _____才頃</p> <p><input type="checkbox"/>健康診断      <input type="checkbox"/>人間ドック      <input type="checkbox"/>他の病気で病院に行った時</p> <p><input type="checkbox"/>その他（_____）</p>
治療歴	<p>▶ 上記から本日までに糖尿病の治療はしていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 治療していない。</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に病院を受診したが中断していた。</p> <p><input type="checkbox"/> 治療を受けている。</p> <p>受診していた病院名：_____</p> <p>治療期間：_____</p> <p>治療内容：_____</p>
病識	<p>▶ 糖尿病がどういう病気か知っていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 知っている    <input type="checkbox"/> 少し知っている    <input type="checkbox"/> よくわからない</p> <p>▶ 糖尿病の合併症について知っていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 知っている    <input type="checkbox"/> 少し知っている    <input type="checkbox"/> よくわからない</p>
症状	<p>▶ 現在、自覚症状はありますか？（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/> のどが渇く    <input type="checkbox"/> 尿の量・回数が多い</p> <p><input type="checkbox"/> 全身がだるく、疲れやすい    <input type="checkbox"/> 目がかすむ</p> <p><input type="checkbox"/> 立ちくらみ    <input type="checkbox"/> 手足のしびれ、違和感</p> <p><input type="checkbox"/> ED（勃起不全）    <input type="checkbox"/> 月経異常</p> <p><input type="checkbox"/> 体重が急激に減る（_____ヵ月または_____年で _____kg → _____kg に減少）</p> <p>▶ その他、気になる症状や不安なことがあれば、以下にご記入ください。</p>

## ■ 生活習慣について

[記入例]

▶ 右の生活時間表に、食事、仕事（学校）、睡眠、運動のおおよその時間帯をご記入ください。

▶ 日勤、夜勤、休日で生活パターンが違う場合、それぞれをご記入ください。

▶ お勤めの方は職業を記入ください。

午前									
0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	9時

### 体重

- ▶ 糖尿病がわかった時の体重は \_\_\_\_\_ kg
- ▶ 過去の最大体重は \_\_\_\_\_ kg ( \_\_\_\_\_ 才～ \_\_\_\_\_ 才頃)
- ▶ 20才頃の時の体重は \_\_\_\_\_ kg
- ▶ 出生時の体重は \_\_\_\_\_ g

### 食事

- ▶ 食事の回数と摂取時間をお聞かせください。
  - 朝食 ( \_\_\_\_\_ 時頃)       昼食 ( \_\_\_\_\_ 時頃)       夕食 ( \_\_\_\_\_ 時頃)
  - 夜食 ( \_\_\_\_\_ 時頃)       その他 ( \_\_\_\_\_ 時頃)
- ▶ 調理は誰がされますか？ ( \_\_\_\_\_ ) ・ ほとんど外食か惣菜
- ▶ 間食をとっていますか？      毎日とっている ・ 時々とっている ・ とらない
- ▶ 食事以外で、日頃よく食べたり飲んだりするものをご記入ください。

- ▶ 食事で普段から何か気をつけていることはありますか？  
なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )
- ▶ 食物アレルギーはありますか？  
なし ・ あり (食品名: \_\_\_\_\_ )

### 運動

- ▶ 現在、運動をしていますか？  
していない ・ している 週 \_\_\_\_\_ 回 × \_\_\_\_\_ 分位  
行っている運動: \_\_\_\_\_
- ▶ 過去に何かスポーツをしていましたか？  
していない ・ していた: スポーツ名 \_\_\_\_\_ 継続年数 \_\_\_\_\_ 年位

### タバコ

- 吸わない
- 吸っている: \_\_\_\_\_ 歳から 1日 \_\_\_\_\_ 本程度
- 以前吸っていた: \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで 1日 \_\_\_\_\_ 本程度

### 酒

- 飲まない
- 飲む 酒の種類: \_\_\_\_\_  
飲む頻度: 1週間に \_\_\_\_\_ 回 ・ 機会飲酒 (付き合い程度)  
1回に飲む量: \_\_\_\_\_

午後													
仕事 (通勤含む)													
			← 昼食 →								← 夕食 →		
10時	11時	12時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	9時	10時	11時

## ■ 合併症について

目	<p>▶ 現在、眼科の治療をされていますか？      なし ・ あり</p> <p>治療中の病名：</p> <p>医療機関名：</p>
腎臓	<p>▶ 腎機能低下 (CKD) の指摘を受けたことがありますか？      なし ・ あり</p> <p>治療中の病名：</p> <p>医療機関名：</p>
神経	<p>▶ 手足にしびれや違和感、痛みがありますか？      なし ・ あり</p> <p>▶ 立ちくらみがありますか？      なし ・ あり</p>
足病変	<p>▶ 治りにくい足の傷や皮膚の発赤・異常がありますか？      なし ・ あり</p>
大血管	<p>▶ 心筋梗塞もしくは狭心症を起こしたことがありますか？</p> <p>なし ・ あり      発症年月：_____年____月～</p> <p>医療機関名：</p> <p>▶ 脳卒中を起こしたことがありますか？</p> <p>なし ・ あり      発症年月：_____年____月～</p> <p>医療機関名：</p> <p>▶ 足の血管病 (末梢動脈疾患 /PAD) がありますか？</p> <p>なし ・ あり      発症年月：_____年____月～</p> <p>医療機関名：</p>
歯	<p>▶ 自分の歯は何本ありますか？ (_____本)</p> <p><input type="checkbox"/> 総入れ歯      <input type="checkbox"/> 部分入れ歯      <input type="checkbox"/> インプラント      <input type="checkbox"/> 歯周病      <input type="checkbox"/> 虫歯</p> <p>▶ 定期的に歯科を受診していますか？</p> <p>なし ・ あり (かかりつけ歯科名：_____ )</p>
睡眠	<p>▶ 1日の睡眠時間： _____時間程度 (眠剤使用    あり ・ なし)</p> <p><input type="checkbox"/> 不眠      <input type="checkbox"/> 眠りが浅い      <input type="checkbox"/> 睡眠中の覚醒 (_____回程度)</p> <p><input type="checkbox"/> 昼間の眠気      <input type="checkbox"/> いびき</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 ( 治療していない ・ 治療中_____歳～ )</p>
便秘	<p><input type="checkbox"/> 快便      <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す。</p> <p><input type="checkbox"/> 便秘      <input type="checkbox"/> 便秘気味 (便秘がない状態が続いたのは最長_____日間)</p> <p><input type="checkbox"/> 下痢気味      <input type="checkbox"/> 下痢</p>
低血糖	<p>▶ 低血糖による意識消失や救急搬送の経験      なし ・ あり</p>

■ その他の治療

薬	<p>▶ お薬のアレルギーや禁忌があれば、お知らせください。 なし ・ あり 薬品名： _____</p> <p>▶ かかりつけの調剤薬局があればお知らせください。 なし ・ あり 調剤薬局名： _____ (TEL:            —            —            )</p>
既往歴	<p>▶ 現在、治療中の病気があればご記入ください。  <input type="checkbox"/> 高血圧症 ( _____ 歳 ~ )    <input type="checkbox"/> 脂質異常症 ( _____ 歳 ~ )    <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 ( _____ 歳 ~ )  <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 ( _____ 歳 ~ )    <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p> <p>▶ 今までに大きな病気での治療歴 (入院・手術) があればご記入ください。</p>
介護	<p>▶ 40歳以上の方のみ、おたずねします。 現在、介護保険を利用されていますか？   なし ・ あり (介護区分: _____)</p>
女性	<p>▶ 女性の方のみ、おたずねします。</p> <p>妊娠中ですか？           いいえ ・ 可能性あり ・ はい (出産予定日 _____)</p> <p>授乳中ですか？           いいえ ・ はい</p> <p>出産について           なし ・ あり (何歳の時ですか? _____)</p> <p>月経について           順調 ・ 不順</p> <p>閉経について           いいえ ・ はい ( _____ 歳 ~ )</p>