

カルテ No.

糖尿病問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
住所	〒				
TEL					

(下記の当てはまるものに○をつけて下さい。特に気になるものは◎をつけて下さい。)

1. 次の症状はありますか？

- ・のどの渇き ・多飲 ・多尿 ・疲れやすい ・体重が急に減った ・体重が増えてきた
- ・足先のしびれ感 ・足の冷感 ・神経痛 ・足のむくみ ・こむらがえり ・便秘 ・下痢
- ・胃のもたれ ・動悸 ・立ちくらみ ・勃起不全 ・視力の低下 ・目がかすむ
- ・その他 () ・特になし

2. 最初に血糖が高いと言われたのはいつ頃でしたか？ () 歳頃

- そのきっかけを教えてください。 ・健康診断 ・自覚症状がある ・他の病気で治療中の医師から指摘
・その他 ()
- その後どうされましたか？
・定期的に通院していた ・以前は通院したが今は通院していない ・通院していない ・健康診断のみ
- 糖尿病と診断されたのはいつ頃、どこですか？ () 歳頃 どこで ()
- 糖尿病の治療はどうされていますか？
・食事療法 ・運動療法 ・食事療法と運動療法 ・薬を飲んでいる ・インスリン注射している
・何もしていない ・その他 ()

3. 家族(血縁者)に糖尿病・高脂血症・高血圧・脳梗塞・心筋梗塞の方はいますか？

糖尿病 () 高血圧 () 高脂血症 () 脳梗塞 () 心筋梗塞 ()

4. 今までにかかった病気、または現在かかっている病気がありましたら教えてください。

() ・特になし

現在、使用しているお薬がありますか？

・ない ・ある → お薬の名前 ()

お薬でアレルギーはありますか？ ・ない ・ある → お薬の名前 ()

入院したことはありますか？ ・ない ・ある → いつ頃、どちらの病院に ()

眼科に通院したことがありますか？ ・ない ・ある → 最後の受診はいつ頃ですか？ () 歳頃

5. 身長と体重歴を教えてください。 現在の身長 () cm 現在の体重 () kg

20 歳頃の体重 () kg 過去最大体重 () 歳頃に () kg ※妊娠中は除く

6. 飲酒や喫煙について

- アルコールは飲みますか？ ・飲まない ・飲む → 種類（ ） ・量（ ）
頻度（ ・ほぼ毎日 ・週に3～4回 ・週に1～2回 ・月に1～2回）
- タバコは吸いますか？
・吸わない ・過去に吸っていたが、今は吸わない → （ ） ～ （ ）歳頃まで吸っていた）
・吸っている → 1日に（ ）本（ ）歳頃から

7. 食事と生活について

- 食事は主に誰が作りますか？（ ）
- 生活時間について教えてください。

起床	時	分頃	
朝食	時	分頃	自宅・外食・なし・その他（ ）
昼食	時	分頃	自宅・外食・なし・その他（ ）
夕食	時	分頃	自宅・外食・なし・その他（ ）
就寝	時	分頃	

- 間食はしますか？
・いいえ ・はい → 1日（ ）回位 何を（ ）
- 甘い飲み物（ジュース・缶コーヒー・スポーツドリンクなど）は飲みますか？
・いいえ ・はい → 1日（ ）回位 何を（ ）
- 栄養指導は受けたことがありますか？ ・いいえ ・はい → どこで（ ）

8. 仕事と日常生活について

- お仕事はしていますか？ ・していない ・している → 職業（ ）
- お仕事の内容は？ ・体を動かしていることが多い ・立っていることが多い ・座っていることが多い
- 定期的に体を動かしていることはありますか？
・ない ・ある → 何を（ ）どのくらい（ ）

9. （女性の方のみ質問）

- 妊娠の可能性はありますか？ ・いいえ ・はい（妊娠 週） ・分からない
- 妊娠糖尿病を経験したことはありますか？ ・いいえ ・はい（治療内容 ）
- 授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

10. 当院をどこでお知りになりましたか？

- ・ホームページを見て ・クリニックの看板を見て（通りがかり） ・家族や知人からの紹介
・雑誌の記事 ・チラシ ・他の病院からの紹介（病院名 ）