

# 友部セントラルクリニック(TCC) **初診時** 糖尿病 問診表

\* 当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。  
 身体状況/生活状況把握の為の問診ですが、ご不明の点はお尋ねください。  
 わかる範囲でお答えください。

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日	職業
お名前 男・女	年 月 日 歳	

【1】 本日受診されたきっかけは何ですか？

- ・健診ドックで指摘されたから ・他院からの紹介(診療情報提供書 有・無)
- ・血糖が心配だから ・専門医を希望して ・血圧が心配 ・コレステロールが心配
- ・糖尿病の継続治療 ・身内に糖尿病があるので心配だから
- ・その他( )

【2】 上記に対して今後どうなりたい/どうしたいとお考えですか？

( )

【3】 当院は何でお知りになりましたか？

- 医療機関の紹介 ・ 看板 ・ インターネット ・ 知人紹介 ・ その他( )

【4】 現在通院されている病院/医院はありますか？( ある ・ ない )

【5】 現在、治療中の病気( 有 ・ 無 ) (あてはまる項目に○をつけてください)

- ・高血圧 ・高脂血症 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳梗塞/脳卒中 ・不整脈 ・痛風 ・胆石
- ・肝炎 ・腎臓病 ・結核
- ・その他( )

【6】 現在服用されている処方薬はありますか？( ある ・ ない )

市販薬やサプリメントは服用されてますか？( ある ・ ない )

【7】 既往歴(今までにかかった病気や大きな怪我・入院歴や手術歴など 例:20歳 虫垂炎手術)

【8】 次のような症状はありますか？ (あてはまる項目に○をつけてください)

- ・体がだるく疲れやすい ・のどが乾き、飲み物をよく飲む
- ・尿の量や回数が多い (尿回数 昼 回・夜 回/日) ・便秘しやすい(1回/ 日)
- ・食欲がない ・最近太ってきた ・最近やせてきた
- ・下痢しやすい ・手先がしびれる ・足先がしびれる
- ・足先がピリピリ痛む ・足の裏に何か張り付いた感じがする ・足先が冷たい
- ・脚がむくむ ・皮膚が痒い ・おできがしやすい
- ・めまい・立ちくらみがする ・目がかすむ ・視力の低下
- ・歯槽膿漏がある ・胸が痛い ・足が痛い
- ・腰が痛い ・生理不順
- ・その他( )

過去最大の体重 ( )kg \_\_\_\_\_歳頃 20歳のときの体重( )Kg

減量の経験はありますか？( ある ・ ない ) リバウンド経験はありますか？( ある ・ ない )

スポーツの経験はありますか？( )

【9】 当クリニックまでの交通手段/所要時間

- ・徒歩( )分 ・自転車( )分 ・自家用車(運転者 )( )分 ・その他( )
- ……裏面もあります。

【10】現在の同居者( )

【11】病気や治療について相談できる方はいますか？( はい: どなたですか? ・ いいえ )

【12】家族歴 についてお聞きます。ご家族の状況と病気の有無(高血圧/糖尿病/癌/脳梗塞/脳卒中/狭心症/心筋梗塞の有無)に対してご記入ください。お亡くなりになられている時には亡くなられた年齢と病名をご記入下さい。

実父: 歳(状況: ) 実母: 歳(状況: )

ご兄弟:( )

配偶者:( )

子供:( )

【13】(女性の方へ)妊娠・出産歴 ( )回 妊娠中の異常(有・無)

出産時の異常(有・無) 巨大児の出産(有・無)

【14】アレルギー(有・無)

食べ物では( ) 薬では( )

・花粉症 ・アトピー ・じんましん ・喘息 ・その他( )

\*\*\*\*\*生活習慣についてお聞きます\*\*\*\*\*

【15】飲酒(しない・ \_\_\_\_\_回/週 ・ ほぼ毎日 ・ 毎日)

一日の飲酒量は ( )を( ml)

【16】たばこ 吸う(一日平均\_\_\_\_\_本 \_\_\_\_\_歳から)

吸わない(もともと非喫煙者/( )歳で禁煙した)

【17】お食事について:1日( )食...朝 \_\_\_\_\_時頃・昼\_\_\_\_\_時頃・夕\_\_\_\_\_時頃

過食(有・無) 偏食(有・無)

間食(有・時々・無)・・・内容 \_\_\_\_\_

外食(しない・時々・毎日)・・・内容 \_\_\_\_\_

スーパー・コンビニ弁当の利用(しない・時々・毎日)・・・内容 \_\_\_\_\_

主な調理者( )

○あてはまる項目にまるをつけてください

・早食いである ・揚げ物が好き ・甘いものが好き ・宴席が多い ・野菜が嫌い

・食事の時間が不規則 ・缶コーヒーやジュースなど糖分のはいった飲み物をよく飲む

水分量( )ml/日 (主な飲み物: )加糖飲料(種類: )

栄養指導受講(有・無) いつ頃( ) どちらで( )

糖尿病教室(有・無) いつ頃( ) どちらで( )

食生活で気をつけていることがあればお書き下さい。

( )

【18】歩行状態について(問題なし・杖歩行・車椅子・シルバーカー使用・その他)

【19】運動(・する ・しない)

運動の種類( ) 万歩計/活動量計(有・無)

頻度(・毎日 ・週に \_\_\_\_\_回 ・月に \_\_\_\_\_回) 1回の時間( \_\_\_\_\_分)

運動を行う時間帯はいつですか?( )

運動時に気をつけていることがあればお書き下さい( )

【20】仕事の種類・内容( )体を使う程度(軽い・中程度・重労働)

勤務時間( ) 休日( )

【21】趣味・習慣がありましたら教えてください。( )

【22】睡眠状態 (良好・普通・不眠) 就寝時刻( ) 起床時刻( )

睡眠薬の使用 (有・無)

\*\*\*\*\*糖尿病と診断を受けている方のみ、おわかりになる範囲でお答え下さい\*\*\*\*\*

- 【1】初めて糖を指摘されたのはいつですか？( )歳頃
- 【2】初めて糖尿病と診断されたのはいつですか？ ( )歳頃 ・ 今回のはじめて
- 【2】今までに糖尿病の治療を受けたことが ( ある ・ ない )
- ① 食事療法を始めたのはいつですか？ ( 年 月頃/ 歳～ Kcal/日)
- ② 運動療法を始めたのはいつですか？ ( 年 月頃/ 歳～)
- ③ 薬物療法を始めたのはいつですか？ ( 年 月頃/ 歳～ 内服:種類 )  
( 年 月頃/ 歳～ 内服:種類 )  
( 年 月頃/ 歳～ 内服:種類 )  
( 年 月頃/ 歳～ 自己注射:種類 )
- ④ 血糖自己測定は実施されていますか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑤ 低血糖の経験はありますか？ ( ある ・ ない )
- ⑥ 低血糖ある方へ:起こる頻度 ( 回/ 日 ・ 週 ・ 月 )
- ⑦ 糖尿病で入院したことはありますか？ ( 年 月頃/ 歳 回数 )
- ⑧ 眼底検査を受けたのはいつですか？ ( 年 月頃/最終 歳・受けたことがない)
- ⑨ 足の状態について( ・異常無し ・水虫がある ・深爪である ・腫れている ・傷がある  
・魚の目胼胝がある ・自分で爪きりが出来ない ・外反母趾がある)  
\*皮膚科受診( 有 ・ 無 )
- ⑩ 治療中断期間はありますか？( はい ・ いいえ )

\*現在困っていること、知りたいこと、これから始めようと思っていることなどご自由にお書き下さい

( )

ありがとうございました。医療法人 TCC 友部セントラルクリニック