

友部セントラルクリニック(TCC) 初診時 糖尿病 問診表

フリガナ ()
お名前 () 性別(男・女) 年齢()歳

住所 _____ 電話番号 _____
携帯番号 _____

【1】 当院受診について

医療機関の紹介 ・ 看板 ・ インターネット ・ 知人紹介 ・ その他()

【2】 受診目的

・糖尿病の検査 ・糖尿病の治療 ・その他()

【3】 血糖が高い、糖尿病と指摘されたことがある ()歳頃 ・ 今回はじめて

【4】 上記のきっかけは

- ①健康診断・人間ドックなど ②他の病気で治療中に指摘された
③身内に糖尿病の人がいる ④糖尿病の症状があった
⑤その他 ()

【5】 今までに糖尿病の治療を受けたことが (ある ・ ない)

- ① インスリン注射 () _____歳頃
② 飲み薬 () _____歳頃
③ 食事・運動療法 _____歳頃

【6】 次のような症状に気づいたことはありますか (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 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()

【7】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()分 ・その他()

【8】 現在の同居者() 計 _____人

【9】 たばこ (吸う ・ 吸わない) 一日平均 _____本 _____歳から

【10】 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)

【11】 既往歴

過去最大の体重 ()kg _____歳頃

……裏面もあります。

【12】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 _____
食事の用意について(自炊・家族がつくる・お弁当などが多い)

○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
- ・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:)
飲酒(しない・ _____回/週・ ほぼ毎日)
一日の飲酒量は 日本酒(合) ビール(ml)
焼酎(ml/合) その他()
栄養指導受講(有・無) いつ頃() どちらで()
食品交換表(有・無)

【13】運動(する・時々・しない) 運動の種類()
一日の歩数(歩) 万歩計(有・無)

【14】仕事の種類・内容()

仕事で体を使う程度(軽い・中程度・重労働)

【15】趣味・習慣がありましたら教えてください。()

【16】睡眠状態 (良好・普通・不眠) 眠剤の使用 (有・無)

【17】眼科受診(有・無) いつ頃() どちらで()

【18】アレルギー(有・無)

食べ物では() 薬では()

【19】ご家族の病気(本人とのご関係も記載してください)

糖尿病(有・無) _____ 高血圧(有・無) _____ 癌(有・無) _____

脳梗塞・脳卒中(有・無) _____ 狭心症・心筋梗塞(有・無) _____

【20】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
- ・その他()

【21】その他、お聞きになりたいこと

記入日 年 月 日