

つつじ内科クリニック 糖尿病・生活習慣病初診問診票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 年 月 日
住所 〒 -	職業	
自宅電話番号 () -	携帯番号 () -	
緊急連絡先 () - : 名前		

1) 高血糖や糖尿病を初めて指摘されたのはいつですか？

() 才の時 今回が初めて

その時のだいたいの値を覚えていますか？ : HbA1c _____ 血糖値 _____

2) 受診のきっかけは？

紹介状を持参 健診・人間ドック 気になる症状があり自分から受診

その他 ()

3) 現在、次の症状はありますか？

のどの渇き 尿の回数が多い 体がだるい 体重が急に減った (kg減)

足のしびれ 足がつりやすい 便秘 下痢 胸の痛み 視力の低下

その他 () 特になし

4) 糖尿病で通院をしたことがある方にお聞きします。

いつ頃どちらの病院で ()

今まで治療はどうされてきましたか？

食事療法 運動療法 薬を飲んでいる (薬名 年 月から)

インスリンを注射している (薬名 年 月から)

何もしていない

教育入院の経験はありますか？ ない ある

栄養指導の経験はありますか？ ない ある

5) これまでに次の病気にかかったことはありますか？

高血圧 (才) 脂質異常症 (才) 狭心症・心筋梗塞 (才)

脳梗塞 (才) 脳出血 (才) 癌 (病名: 才)

その他: ()

*眼科に通院したことがありますか？

ない ある →最後に受診したのはいつ頃ですか？ (年 月)

6) 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか？

ない ある (薬名:)

7) 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない ある ()

8) 血縁者(両親・兄弟・祖父母・子供)で次の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか?
()には母や祖母などご関係を記入して下さい。

糖尿病() 高血圧() 脂質異常症()
心臓病() 脳梗塞・脳出血() 癌()

9) 体重変化についてお聞きします。

身長_____cm 現在の体重_____kg
20歳時の体重_____kg 過去最高体重_____kg (才時)

10) 生活パターンについてお聞きします。

起床	時 分頃	
朝食	時 分頃	自宅・外食・食べない
昼食	時 分頃	自宅・外食・食べない
夕食	時 分頃	自宅・外食・食べない
間食	1日 回位	どんなものですか? ()
就寝	時 分頃	

- ・食事は主に誰が作りますか? ()
- ・甘い飲み物(ジュース、スポーツドリンク、缶コーヒーなど)は飲みますか?
飲まない 飲む 何を()量()
- ・アルコールは飲みますか?
飲まない 飲む 何を()量()頻度(週 日)

1 1) 喫煙についてお聞きします。

もともと吸わない 以前吸っていた(年間 1日 本)
吸う(1日 本 才から)

1 2) 運動習慣はありますか?

ない ある(週 回) 1回あたりの運動時間()分
運動内容()
1日でどれくらい(何歩あるいは何分間, 何キロ)歩きますか? ()
学生時代は運動していましたか? 運動内容()

1 3) 普段の活動量を選んでください。

軽作業(デスクワーク、家事など) 普通の作業(立ち仕事など)
重労働(運搬、力仕事など)

1 4) 女性の方のみお答えください。

現在妊娠中ですか?(はい・いいえ・解らない) 授乳中ですか(はい・いいえ)
妊娠中に高血糖を指摘されましたか?(はい・いいえ)
お子さんの出生時体重は4000g以上でしたか?(はい・いいえ)
閉経した方(才)

15) 病気に関して心配なことはありますか？

- 糖尿病のことがよくわからない
- 仕事をする上で支障になる
- 今の治療法のままでよいのか不安
- 食事の制限が辛い
- 家族の理解が得られない
- 糖尿病の合併症が不安
- 医療費が心配
- どのような運動をしたらよいかわからない
- その他 ()
- 特になし

16) 当クリニックを何で最初にお知りになりましたか？

- 自宅・職場から近い
- 他院からの紹介
- 家族・知人からの薦め
- 看板を見て
- パンフレットを見て
- ホームページを見て
- その他 ()

ご記入頂いた個人情報は患者様への医療サービス提供を始め、当院からの連絡、季節のご挨拶、講演会などのご案内に利用させて頂いております。なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。