

糖尿病（生活習慣病）問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	年 月 日	ご職業
住 所 〒		
電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ） ※連絡可能な電話番号の記載をお願いします。	
身 長	cm	体 重 kg

(1) 本日は何をきっかけに受診されたましたか？あてはまるものに○をつけてください。

- 健診で再検査になったため
- 引越し・転勤などで今までの病院に通えなくなったため
- 今まで通っていた病院を変えようと思ったため
- 他院よりこちらの病院を紹介されたため（病院名 _____）
- 糖尿病と指摘されたことはないが、自覚症状があったため
- 以前に糖尿病と指摘されたことがあったがそのままにしていたため
（いつ頃： _____ 現在自覚症状は あり ・ なし _____）
- その他（ _____ ）

(2) どのような症状がありますか？あてはまるものに○で囲んでください。

喉がかわく たくさん水を飲む 食欲が増す 食欲が低下する 尿量が増えた
 夜間トイレに起きる（ _____ 回） 身体がだるい 体重が減った（ _____ kg）
 体重が増えた（ _____ kg） 視力低下 目がかすむ 目の前に黒いものがちらつく
 足がしびれる 足が冷たい 歩くと足が痛い 足がつる たちくらみ
 動悸 便秘 下痢 便秘と下痢を繰り返す 手がふるえる 汗をかきやすい
 排尿しづらい 外陰部がかゆい インポテンツ その他（ _____ ）

(3) そのような症状はいつからですか？

（ _____ ）

(4) 糖尿病で通院したことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方

糖尿病と診断されたのはいつ頃ですか？ （ _____ ） 才ころ

何をきっかけに糖尿病と診断されましたか？ （ _____ ）

どのような治療をしていましたか？ （ _____ ）

投薬治療であれば薬の名前を教えてください。 （ _____ ）

薬を開始した年齢 （ _____ ） 才ころ

糖尿病で入院をしたことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方

入院時期（ _____ 年 _____ 月頃） / 病院名（ _____ ）

- (5) 現在も継続して糖尿病治療を行っていますか？
- ・治療していない
 - ・食事療法 () cal)
 - ・運動療法
 - ・内服治療 (薬剤名:)
※お薬手帳ご持参の方は提出をお願いします。
 - ・インスリン療法 (薬剤名:)
※お薬手帳ご持参の方は提出をお願いします。
 - ・その他 ()
- (6) 体重の変化について教えてください。
- 20才のころの体重 () kg 最も体重が重かった時 () 才 () kg
- ここ数か月で体重の変動はありましたか？
- なし ・ () か月で () kg (増 ・ 減)
- (7) お食事について教えてください。
- 規則正しく3食とれていますか？
(はい ・ いいえ 「朝食抜き」 「昼食抜き」 「夕食抜き」)
- 食事は主に誰がつくりですか？ ()
- 外食することはありますか？ ない ・ たまに ・ 多い
週 () 回くらい
- 間食はしますか？ 少ない ・ 多い ・ ふう
- 甘い飲み物は飲みますか？ いいえ ・ はい (内容)
- (8) 運動の習慣はありますか？ ない ・ ある (具体的に:)
- (9) ご家族について教えてください。
- 配偶者 有 ・ 無
- 子供 有 ・ 無
- 現在同居されている方全てに○をつけてください。
- 独居 ・ 配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 配偶者の父 ・ 配偶者の母 ・ 祖父 ・ 祖母
- 子供 () 人 ・ 兄 () 人 ・ 弟 () 人 ・ 姉 () 人 ・ 妹 () 人
- その他 ()
- (10) 職業にあてはまるものに○をつけてください。
- 自営業 会社員 団体職員 公務員 派遣社員 アルバイト 学生
主婦 無職 その他 ()
- (11) 仕事内容にあてはまるものに○をつけてください。
- 事務職 営業職 管理職 販売職 専門職 () その他 ()
- 仕事は不規則勤務ですか？ はい ・ いいえ
- (12) 健康診断は受けていますか？ はい ・ いいえ

- (13) 眼科で眼底検査を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方
病院名（ ） 最終受診日（ ）年（ ）月
結果：異常なし ・ 異常あり（診断名 ）
- (14) 糖尿病以外で現在治療中の病気や内服中のお薬はありますか？ あり ・ なし
病名（ ）
薬品名（ ）
※お薬手帳ご持参の方は提出を願います。
- (15) 今までに大きな病気や入院手術歴はありますか？ あり ・ なし
病名（ ）
病院名（ ）
いつ頃（ ）
- (16) アレルギーはありますか？ あり ・ なし
薬品・注射（ ）
食品（ ）
その他（ ）
- (17) たばこを吸いますか？ ・ 吸ったことがない
・ 以前吸っていた1日 本（ ）才から 才まで
・ 今も吸っている1日 本（ ）才から
- (18) アルコールを飲みますか？
飲まない ・ 飲む（ 毎日 ・ 週 回くらい ・ 時々 ）
（種類： 量： ）
- (19) 血縁者に次の病気の方はいますか？ ※記載例 糖尿病：祖母 高血圧：父
糖尿病： 高血圧： 心臓の病気： 脳卒中：
甲状腺： 脂質異常症・高脂血症： 癌：
喘息： 結核： 肝炎： その他（ ）：
- (20) 女性の方にお伺いします。
① 最終月経（ ）月（ ）日から（ ）月（ ）日まで
順 ・ 不順 ・ 閉経（ ）才
② 現在妊娠の可能性はありますか？
はい ・ いいえ ・ 妊娠中（ ）か月
- (21) 検査データの異常など急な連絡が必要な場合ご家族へ電話をしても良いでしょうか？
良 ・ 否 / 連絡してほしい家族の電話番号（ ）
- (22) 今後どのような治療を望みますか？
また現在困っていることや不安なことがありましたらご記入ください。