

# 糖尿病問診票

年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 様 性別 (男性・女性)

生年月日：(大 昭 平) \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

電話番号：(自宅) \_\_\_\_\_ (携帯)

ご住所：〒 \_\_\_\_\_

当院はどのようにお知りになりましたか？

(家族・知人の紹介 ・看板 ・ホームページ ・ぽど ・近いから ・その他 )

① 本日、来院された理由をご記入ください。

② 糖尿病はいつ頃、どこで診断されましたか？（健診で初めて指摘された場合も含む）

今までどのような治療を受けてこられましたか？（内服、インスリン注射など）

③ 今まで、糖尿病の治療や教育を受けるために入院したことはありますか？

ない ・ ある→ \_\_\_\_\_ 年 月頃

(どこに) \_\_\_\_\_ 病院に入院した

④ 今まで、外来通院で食事指導や糖尿病教育は受けたことはありますか？

ない ・ ある→ \_\_\_\_\_ 年頃 (どこで) \_\_\_\_\_ で受けた

⑤ これまで高血圧、高脂血症、心臓病、脳卒中、肝臓病、癌などの病気にかかった  
ことがありますか？ ない ・ ある

あるとお答えの方

・ ( 高血圧、高脂血症、心臓病、脳卒中、肝臓病、癌 ) は  
( 現在治療中 ・ 過去に治療済み ・ 治療していない ) である

・ ( 高血圧、高脂血症、心臓病、脳卒中、肝臓病、癌 ) は  
( 現在治療中 ・ 過去に治療済み ・ 治療していない ) である

⑥ その他、上記の病気以外で大きな病気にかかったことはありますか？

⑦ 現在、内服している常用薬 (市販薬、漢方薬、サプリメント、糖尿病以外の薬も  
含む) がありますか？ ない ある → ( )

⑧ これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか？

ない ある → (薬名： )

⑨ これまでに食べ物でアレルギー症状 (じんま疹) などがでたことがありますか？

ない ある → (食べ物： )

⑩ 血縁者 (父母、兄弟姉妹、祖父母、おじ、おばなど) で下記の病気にかかったこ  
とのある人はいますか？

例 (父) 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 癌 ( )

・ ( ) 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 癌 ( )

・ ( ) 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 癌 ( )

・ ( ) 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 肝臓病 癌 ( )

⑪喫煙・飲酒の習慣についてお聞きします。

たばこを (吸わない ・ 吸う → 歳から、1日 本吸っている)

・やめた方→ ( 歳から 歳まで、1日 本吸っていた)

アルコールを

飲まない ・ 飲む→ ( ビール・発泡酒・焼酎・ワイン・日本酒 ) を

( 毎日 ・ 週2, 3回 ・ 週1回 ・ 月1~2回 ) 飲む。

1回に飲む量はだいたい ( ml )

・やめた方→ ( 歳~ 歳まで、ビール・発泡酒・焼酎・ワイン・日本酒 )

を ( 1日にどの位 ) ( 週に 回) 飲んでいた。

⑫体重についてお聞きします。

・現在までで最も体重が重かったのは、( 歳ごろ) ( kg) だった。

・20歳ごろは、( kg) だった。

・最近の体重変化は、( 変わらない ・ 太った ・ やせた )

どのくらい変化ありましたか? ( ヶ月で kgくらい)

⑬女性の方のみ、お答え下さい。

生理について ( 規則的である ・ 不規則である ・ 閉経した )

最終月経はいつでしたか? ( 月)

現在、妊娠されていますか? ・はい ・いいえ

授乳していますか? ・はい ・いいえ

⑭現在、不安に思っておられること、困っていることなどがあればご記入ください。

食生活チェック表

食事記録配布 年 月 日 \_\_\_\_\_ 様

1 自宅でのおもな調理担当者はどなたですか？ (ご本人・妻・子 ( ) )

2 ご一緒にお住まいの方はどなたですか？ 妻・夫・子 ( )

3 生活時間を例のようにご記入ください

例)

6時	8	10	12	14	16	18	20	22	24
朝食		しごと	昼食	おやつ		帰宅	散歩	寝る	

6時	8	10	12	14	16	18	20	22	24

4 食事時間は何時ですか？ 朝 昼 夜

5 食事はいつも腹八分目ですか？ はい・いいえ ( 分目)

6 夕食が過食になりがちですか？ はい・いいえ

7 夕食後に何か召し上がりますか？ いいえ・はい ( )

8 間食・おやつはどのようなものを召し上がりますか？ しない・する ( )

9 食事中のお茶はどのくらい飲みますか？ コップ 杯

10 食事以外で水分はどのくらい飲みますか？ コップ 杯

11 ジュースは飲みますか？ (100%果汁含む) いいえ・はい (たまに・毎日 ( ) )

12 砂糖、ミルク入りのコーヒー・紅茶は飲みますか？ いいえ・はい (1日 杯・砂糖・ミルク)

13 外食は月に何度くらいしますか？ 月に 回 ( )

14 スーパーやコンビニのお惣菜はよく利用しますか？ いいえ・はい ( )

15 お漬物は必ず召し上がりますか？ はい・いいえ

16 どちらかといえば甘党？から党？ 甘党・から党

17 ラーメンやうどんのお汁は全て召し上がりますか？ はい・いいえ

18 卵は週に何個くらい召し上がりますか？ 週に 個

19 牛乳は毎日召し上がりますか？ はい・いいえ

20 野菜不足だと感じますか？ はい・いいえ・ふつう

21 糖尿病のための食品交換表を勉強したことはありますか？ はい・いいえ

22 運動の習慣はありますか？ いいえ・はい ( )