

<問診票（糖尿病初診用）>

氏名（ふりがな）： _____（ _____ ） 性別：男・女 年齢： _____ 歳

住所： _____

以下は糖尿病診察にあたり確認が必要な事項になりますので、該当する欄に☑または空欄に記入してください。

Q.最初に血糖値の異常を指摘されたのはいつ頃ですか

_____年_____月頃 又は_____歳頃

Q.最初に血糖値の異常を指摘されたきっかけは何ですか

健康診断 風邪など糖尿病以外で医療機関を受診した時

その他（自由記載） _____

Q.その時に自覚症状はありましたか

のどの渇き 水分が欲しくなる 尿の量が増えた 手足のしびれ こむら返り

ダイエットしていないのに体重が減った その他（自由記載） _____

Q.体重の変化についてお尋ねします

20歳頃の体重： _____kg

人生で最も重かった時の体重と年齢（女性の場合妊娠していない時）： _____kg _____歳

Q.これまでに医療機関への受診はありますか

通院：糖尿病（_____年頃） 高血圧（_____年頃） 高脂血症（_____年頃） 狭心症/心筋梗塞（_____年頃）

脳梗塞（_____年頃） その他（自由記載） _____

入院（自由記載）： _____

Q.最後に健康診断を受けたのはいつ頃ですか。また健康診断は毎年受けていますか。

最終受診歴： _____年_____月頃 又は_____歳頃 健康診断は毎年受けている：はい いいえ

Q.血縁関係の方で糖尿病の方はおられますか。また治療方法はどうされていますか。

父（非薬物療法 内服治療 注射療法） 母（非薬物療法 内服治療 注射療法）

きょうだい（非薬物療法 内服治療 注射療法）

父方祖父（非薬物療法 内服治療 注射療法） 父方祖母（非薬物療法 内服治療 注射療法）

母方祖父（非薬物療法 内服治療 注射療法） 母方祖母（非薬物療法 内服治療 注射療法）

血縁関係に糖尿病はいない 分からない

Q.眼科を受診したことはありますか はい（最終受診歴： _____年_____月頃 又は_____歳頃） いいえ

Q.歯科を受診したことはありますか はい（最終受診歴： _____年_____月頃 又は_____歳頃） いいえ

Q.お酒はのみますか はい（1日ビール_____ml、日本酒_____合、ワイン_____杯、他_____） いいえ

Q.タバコは吸いますか はい（ _____歳から1日平均 _____本程度） いいえ

Q.間食はよく食べますか はい（内容・頻度： _____） いいえ

Q.アレルギーはありますか はい（花粉、ダニ、ハウスダスト、他_____） いいえ

Q.私たちに伝えておきたいことがあれば教えてください（自由記載） _____

質問は以上です。お疲れ様でした。