

《岩本内科医院 糖尿病外来問診票》

ふりがな

名前 _____ 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳

※当院では、医師の診察前に個別ブースにてスタッフが問診を行っています。

初診の場合は問診、簡単な検査等含め、約1時間かかります。

時間の都合の悪い方は申し出て下さい。

※お薬手帳・糖尿病手帳・薬局での処方内容書等をお持ちの方は、受付まで提示ください。

当院受診のきっかけは何ですか？【 _____ 】

①初めて糖尿病と言われたのはいつですか？（ _____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃）

②どこで言われましたか？（ 健診施設 ・ 医療機関 ・ その他 _____ ）

③糖尿病の治療は受けていますか？（ はい ・ いいえ ）

どこの医療機関で、どんな治療を受けていましたか？

※分かる範囲で治療内容(食事療法・運動療法・内服・インスリン治療歴等)を記入して下さい。

※途中、医療機関の変更があれば記入して下さい。

（ _____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃／治療： _____ 、病院： _____ ）

（ _____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃／治療： _____ 、病院： _____ ）

（ _____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃／治療： _____ 、病院： _____ ）

以後の治療を書ききれない場合は、以下にお書きください。

・眼底検査（眼底写真）を最後に受けたのはいつですか？

（ _____ 年 _____ 月頃、あるいは _____ 歳頃／医療機関名： _____ ・ 受けていない ）

眼底に異常を指摘されていますか？（ はい / 異常所見： _____ ・ いいえ ）

④今まで下記の治療・手術等を受けたことがありますか？当てはまるものに☑を付けてください。

高血圧 脂質異常症 胃潰瘍 痛風 肝炎 腎臓病 結核

心臓病（ _____ ） 脳卒中（ _____ ） 癌（ _____ ）

結石症（ _____ ）

手術歴・医療機関（ _____ ）

その他（ _____ ）

⑤家族（血のつながりのある方）の中で、以下の病気にかかった方がいますか？

<記入例> 糖尿病：父・祖母 脳梗塞：母 心筋梗塞：おじ 狭心症：長男 膵臓がん：兄・妹

・糖尿病（無・有） _____ ・高血圧症（無・有） _____ ・がん（無・有） _____

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

・遺伝疾患（無・有） _____ ・肥満（無・有） _____

※裏面もご記入下さい

⑥現在の自覚症状について、当てはまるものに☑を付けて下さい。

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> のどがよく湯(かわ)く | <input type="checkbox"/> 何回もトイレに行く | <input type="checkbox"/> 体がだるく、疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 便秘や下痢をくりかえす | <input type="checkbox"/> 細かい字が読みにくくなった |
| <input type="checkbox"/> かすみ目 | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | <input type="checkbox"/> 急に痩せた |
| <input type="checkbox"/> 歯が悪くなった | <input type="checkbox"/> 勃起障害が気になる(ED) | <input type="checkbox"/> 手や足の先がしびれる |
| <input type="checkbox"/> 足のうらに違和感がある | <input type="checkbox"/> 歩行時、足が痛くなる | |

⑦体重について

- ・出生時体重 (g) ・20歳の頃の体重 (kg)
- ・肥満出現 歳頃 ・過去の最高体重(歳頃 kg)
- ・体重の増減が激しい時期はありましたか？ なし
あり 歳頃 ヶ月で kg (増・減)

⑧嗜好について

- ・アルコール：飲まない 飲む(週 回) 1回量()を(ml)
- ・タバコ：吸わない やめた(歳から 歳まで、 本/日)
吸う(歳から 本/日)

⑨食事について

- ・食事療法をしていますか？(はい ・ いいえ)
- ⇒はいの方 (年 月頃、あるいは 歳頃~/指示カロリー kcal)
- ・食事の時間を記入して下さい。食べない方は×を入れて下さい。<記入例>朝：食パン(7時)
朝： (時) 昼： (時) 夕： (時)
変則()
- ・間食はしますか？ しない する :いつ?()何を?()
- ・外食の回数は？ しない する :いつが多いですか？(朝 ・ 昼 ・ 夕)
:何を?()
:どのくらいの頻度で? 回/週
- ・家庭での調理担当者は?()

⑩どんな仕事をされていますか。※職種・内容等をご記入下さい。

()

⑪運動習慣について

- ・運動療法をしていますか？(はい ・ いいえ)
- ⇒はいの方： 年 月頃~、あるいは 歳頃~
頻度： 回/週
何を?()

⑫生活面について

- ・いずれかに○をお願いします。(既婚 ・ 未婚 ・ その他)
- ・現在、一緒に住んでいる家族は?()

⑬女性の方にお聞きします。

- ・妊娠(回) ・分娩(回) ・出生体重()
- ・死産(回) ・その他()

⑭最終学歴についてお聞きします。よろしければ当てはまるものに○を付けて下さい。

- ①小・中学校 ②高等学校 ③短期大学 ④専門学校 ⑤大学 ⑥その他()

⑮何か気になることや今後の治療に対する希望等がありましたら、遠慮なくご記入ください。