

糖尿病外来問診表

ふりがな

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳

生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

当てはまるものに☑をお願い致します。

1	現在治療中または今までに指摘されたことのある病気と、その時の年齢も教えてください。	<input type="checkbox"/> 糖尿病(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 高血圧(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 脂質異常症(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 心臓病(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 腎臓病(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 肝臓病(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 脳卒中(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 痛風(_____ 歳) <input type="checkbox"/> その他(_____)
2	現在の検査結果を教えてください	空腹時血糖 (_____)mg/dl HbA1c (_____)% 検査日:(_____)年(_____)月(_____)日
3	糖尿病を発見されたきっかけを教えてください	<input type="checkbox"/> 健診・人間ドック <input type="checkbox"/> 糖尿病を疑い自分で病院を受診した <input type="checkbox"/> 病院で偶然に発見された <input type="checkbox"/> その他(_____)
4	現在の自覚症状を教えてください	<input type="checkbox"/> のどの渇き <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 体重減少(_____ kg→ _____ kg減) <input type="checkbox"/> 手のしびれ <input type="checkbox"/> 足のしびれ <input type="checkbox"/> 足がつりやすい <input type="checkbox"/> 視力の低下 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> なし
5	今までの治療状況を教えてください	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 飲み薬 *薬の種類(_____) <input type="checkbox"/> インスリン注射 *注射の種類(_____) <input type="checkbox"/> 糖尿病治療で入院したことがある <input type="checkbox"/> 栄養相談を受けたことがある <input type="checkbox"/> 眼科で糖尿病網膜症を調べたことがある *検査した年齢(_____ 歳) <input type="checkbox"/> 何もしていない
6	家族や親族に右記の病気の方はいますか * ()に母、祖父など記入してください	<input type="checkbox"/> 糖尿病(_____) <input type="checkbox"/> 高血圧(_____) <input type="checkbox"/> 脂質異常症(_____) <input type="checkbox"/> 痛風(_____) <input type="checkbox"/> 心臓病(_____) <input type="checkbox"/> 脳卒中(_____) <input type="checkbox"/> 腎臓病(_____) <input type="checkbox"/> がん(部位: _____) <input type="checkbox"/> いない
7	体重歴を教えてください	20歳頃の体重(_____)kg 過去最大体重(_____)歳頃に(_____)kg 現在の体重(_____)kg
8	今までに手術を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 手術(_____)
9	その他何か気になる症状はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 症状(_____)

※検査結果や服用中の薬がわかるお薬手帳などありましたら、問診表と併せてご持参ください。