

糖尿病外来問診票

お名前； _____ 様 年齢； _____ 歳 職業； _____

【今日どのような症状で受診されましたか？】

いつから (_____)

のどが渇く 尿の量・回数が増えた(多い) からだがだるい

体重減少(いつ頃から _____ kg減った) 例えば・・・半年前から5kg減ったなど

手足のしびれ 足がつりやすい 視力の低下

その他 (_____)

▼これまでに血糖値が高いといわれたことが ①今回初めて ②ある ③ない

②のかたは、いつ頃ですか？ (_____)

【体重の変化について】

20歳頃の体重 _____ kg 過去最高の体重 (_____ 歳) _____ kg

【今までにかかったことのある病気はありますか？】

【現在治療中の病気・飲んでいる薬はありますか？】

【これまでに糖尿病の治療を受けたことがありますか？】

ない 食事療法 運動療法 飲み薬 インスリン注射

糖尿病治療で入院したことがある 栄養指導を受けたことがある

眼科で合併症を調べたことがある (いつ頃 _____)

【血のつながった家族に次の病気はありますか？ (_____)にはご関係を記入してください】

糖尿病 (_____) 高血圧 (_____) 高脂血症 (_____) 心臓病 (_____) 脳卒中 (_____) 癌 (_____)

【生活習慣について】

飲酒；飲まない 時々飲む よく飲む 毎日飲む

喫煙；吸わない 禁煙した (_____ 歳頃) 喫煙している (_____ 歳～ _____ 本/日)

【食生活について】

食事回数；1日 _____ 回 家で作る 外出が多い 総菜中心 間食が多い

野菜中心 肉中心 魚中心 揚げ物が好き

夕食の時間； _____ 時頃 早食いである

【運動習慣について】

無い ある (具体的に _____)

【女性の方に伺います】

妊娠・出産の経験 なし・あり

*妊娠中に血糖値・尿糖の異常を指摘されたことがある

*妊娠糖尿病で治療していた

ご記入ありがとうございました