

## 生活習慣病 問診票

糖尿病手帳、血圧手帳、お薬手帳などをお持ちでしたらお預かりします

記入日： 年 月 日

ふりがな

生年月日

氏名 ( T S H ) 年 月 日 年齢 歳

後程測定しますので記入不要です→(身長 cm 現在の体重 kg 標準体重 kg BMI )

20 歳ころの体重 kg 過去最大体重 kg ( 歳ころ)

ご職業 (事務職・軽作業・重労働・無職 その他: )

家族構成について 人暮らし (夫・妻・息子・娘・両親・祖父・祖母・その他 )

### 1. 受診のきっかけ、病気がみつかったきっかけ

なし 健診・人間ドック 病気を疑い自分から病院を受診

病院で偶然発見(病院名: ) その他( )

### 2. 初めて指摘された年齢について

( )歳の時 今回が初めて

### 3. 今までの治療状況について

なし 放置していた 食事療法のみ 運動療法のみ

栄養指導を受けたことがある

飲み薬 ※飲み薬を開始した年齢( )才

→ 薬品名( )

#### 糖尿病患者さまのみ記入ください

インスリン注射 ※インスリンを開始した年齢( )才

→ インスリン名( )

糖尿病治療で入院したことがある( 年 月、医療機関名: )

眼科を受診したことがある、または糖尿病網膜症の有無を調べたことがある

→( 年 月) (眼科医名 )

#### 現在の症状について (複数回答可)

なし のどの渇き 多飲 尿の回数が多い 体がだるい 立ちくらみ

体重減少( kg 減) 足のしびれ 足がつりやすい 視力の低下 便秘 下痢

その他(具体的に: )

### 4. 女性の方に伺います

妊娠、出産の経験はない

妊娠、出産の経験がある( 妊娠時の尿糖・血糖値 妊娠糖尿病 巨大児の出産)

現在、妊娠中( 週目) 病院名( )

非妊娠時の体重( kg) 挙児希望あり

**5. 現在治療中または今までに指摘された病気について**

- なし                      高血圧( 才)              高脂血症( 才)              狭心症( 才)              心筋梗塞( 才)  
腎臓病( 才)              脳梗塞( 才)              脳出血( 才)              痛風( 才)  
脂肪肝( 才)              肝臓病( 才)              糖尿病網膜症( 才)              手術( 才病名: )  
その他( : 才)

**6. 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか。( )には父母・兄弟・祖父祖母などご関係を記入してください**

- 糖尿病(続柄: 食事のみ・内服・インスリン, 続柄: 食事のみ・内服・インスリン, 続柄: 食事のみ・内服・インスリン)  
高血圧( )    高脂血症( )    心臓病( )    脳卒中( )  
がん( )    なし

**7. 食生活について伺います (複数回答可)**

- ほぼ自分が作る              ほぼ家族が作る              朝食抜きが多い  
夕食は 22 時以降が多い    夜は付き合いの食事が多い    早食いである  
野菜が苦手                      野菜を多く食べる方である    揚げ物を好んで食べる  
間食をとる( 毎日 時々 とらない )    炭酸飲料やジュースをよく飲む

**8. 運動の習慣はありますか**

- なし    ある(具体的に: )  
通勤で歩く時間はどれくらいですか(片道 分)    買い物ついでに歩いている  
エレベーターを使わないなど努力している

**9. アルコールについて伺います**

- 飲まない    付き合いで飲む程度( 回/月)    よく飲む( 回/週)  
種類: ビール    ml/回、酒    合/回、焼酎    ml/回、その他

**10. 喫煙について伺います**

- もともと吸わない    禁煙した( 才、以前は 本/日)    喫煙中( 才~ 本/日)

**11. 病気に関して心配なことはありますか(複数回答可)**

- なし                      今でも病気になったことを受け入れられない  
仕事をやる上で支障になる    今の治療法のままで良いのだろうか  
食事制限が辛い              家族の理解が得られない              医療費が心配  
自分は将来、合併症がひどくなるのではないだろうか  
運動をするように言われても、嫌いなので辛い  
その他( )

**12. 当院を知ったきっかけを教えてください**

- 他の病院・医療従事者からの紹介              家族、知人からの紹介              ホームページを見て  
雑誌の記事                      看板を見て(通りすがり)              その他:

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません