ID:

糖尿病問診票

年　月　日

kcal

フリガナ			
氏名		性別	男性 ・ 女性
生年月日	年　月　日生まれ	年齢	
住所 〒　　－		電話 —(　　)—	

太線内の該当するものに○、あるいはその内容をお書き下さい。

身長	cm	過去の最大体重	歳頃　kg
体重	kg	20歳頃の体重	kg
糖尿病といわれた時期	年　月頃		
健康診断は	1. 受けている(年　回)　2. 受けていない		
これまでにかかった病気・または現在治療中の病気はありますか？	1. 高血圧　2. 脂質異常症　3. 高尿酸血症　4. 狭心症や心筋梗塞 5. 脳梗塞または脳出血　6. 悪性腫瘍(　　) 7. その他(　　)		
現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？	1.　ある　2.　ない あるに○を付けた方はお薬、サプリメントのお薬名をご記入ください (　　) *お薬手帳、薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください		
	1.　ある　2.　ない あるに○を付けた方はどのようなもので出たことがありますか？ ・食べ物(　　)　・薬(　　)		
女性の方のみ→	現在、どちらかにあてはまりますか？　妊娠中 ・ 授乳中 ／ どちらでもない		
現在気になる症状は	のどが渇く ・ お小水が近い ・ だるい ・ 体重減少(　ヶ月で　kg) 視力低下 ・ 傷の治りが悪い ・ 足がしびれる ・ こむらがえり 尿が残る感じがする ・ 性欲低下 ・ 立ちくらみ		
ご家族に糖尿病の方は	1.　祖父母　2.　父母　3.　兄弟　4.　子供　5.　いない		
ご家族の病気について	1.　狭心症・心筋梗塞　(どなたが　　)2. 脳卒中　(どなたが　　) 3.　悪性腫瘍(どなたが　　)　4. その他(　　)		
糖尿病で入院したことは	1.　ある(　回) 2.　ない	入院先(　　)期間　年　月頃 入院先(　　)期間　年　月頃	
保健所や他の病院で糖尿病の話を聞いたことは	1.　ある 2.　ない		
現在糖尿病の治療は	1.　内服薬 ・ インスリン 2.　食事療法のみ 3.　以前治療していたが今はしていない 4.　これまで一度もしたことがない		
自分で血糖値を	1. 測っている　2. 測っていない		
食事時間は	1. 規則的　朝食　時頃　昼食　時頃　夕食　時頃 2. 不規則　1日　食		
普段の食事はどなたが調理していますか	1. 自分　2. 配偶者　3. その他(　　)		
食事指導を受けたことは	1.　ある(　kcal/日)　2. ない		
外食は	1. している 2. 時々している 3. 全くしていない	内容と頻度	
市販の弁当や総菜を利用しますか	1. している 2. 時々している 3. 全くしていない	内容と頻度	
間食は	1.　している 2. 時々している 3. 全くしていない	内容と頻度	

糖質を多く含む飲料水は	1. 飲む（ジュース・缶コーヒー・スポーツドリンク・その他　　） 2. 飲まない（水・お茶のみ）	
アルコールは	1.　飲む 2.　機会があれば飲む程度 3.　全く飲まない	内容と頻度
タバコは	1. 吸う 2. （　　）年前から禁煙した 3.　全く吸わない	

運動は	1.　定期的にしている 2.　不定期にしている 3.　全くしていない 4.　膝や腰が痛く、運動できない 5.　医師より止められている	
通勤で歩く時間は	片道（　　）分程度	
家族構成	1.　家族と同居 2.　ひとりぐらし・独身 3.　単身赴任 4.　その他	家族構成など
糖尿病に気づいてから気をつけていることがありましたらお書き下さい		
糖尿病についてどのように思っていますか？今のお気持ちをお書き下さい		
何かストレスと感じることはありますか	1.　仕事　　2.　家族　　3. 糖尿病を含む健康状態 4. その他　（　　）	
ストレス対処法は		

1日の生活時間のスケジュール（食事・通勤・仕事・家族・余暇活動・睡眠などの時間）についてお書きください

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答でも構いません）
・近所に（在住　・　通勤　・　通学路）　・ホームページ　　・広告（チラシ　・　看板）　　・知人の紹介
・他医療機関からの紹介　　・その他（　　）

こしだ内科クリニック

令和　　年　　月　　日

問診票

ID no. ：

※カルテ登録の為、保険証のスキャンをさせて頂きます。予めご了承くださいますようお願い申し上げま

フリガナ		性別	男　・　女
お名前			
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	年齢	才
住所	〒　－		
電話番号	←連絡の取りやすい電話番号をご記入ください		

お子さんは学年と体重をご記入ください。　（小学　　年生　・　　ｋｇ）

◇この1か月以内で海外への渡航歴はありますか？　（はい　→　渡航先：　　/ いいえ）

1.　どうなさいましたか？

＜かぜ症状＞現在の体温(　　.　℃)・最近1～2日以内の発熱(高熱)/熱感はありますか？　あり / なし

・熱がある　・喉が痛い　・鼻水　・鼻づまり　・咳　・痰　・頭痛　・関節が痛い

・めまいがする　・寒気がする　・倦怠感

＜胸・からだ＞

・胸痛　・動悸　・息切れがする　・胸の圧迫感がある　・顔や体のむくみが気になる

＜お腹の症状の方→水分は十分に摂れてますか？　はい　/　×いいえ⇒点滴を希望しますか？　はい　/　いいえ

・胃痛　・腹痛　・お腹のはり　・下痢　・吐き気　・嘔吐　・食欲がない・胸やけ　・血便　・便秘

＜慢性的な疾患＞

・高血圧　・脂質異常症　・糖尿病　・心臓病　・喘息

＜その他＞（　　）

・更年期症状　・膀胱炎　・トイレが近い　・点滴希望　・プラセンタ希望　・痛風発作

2.　いつからですか？

・今日から　・昨日から　・2日前　・3日前　・1週間前　・それ以上（

3.　その他

・健診で異常を指摘された ＊ 健診結果をお持ちの方は受付までご提示ください

・予防接種（　　）

・その他（　　）

4.　今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？　ある　・　ない

あるに〇を付けた方はどのような病気ですか？

・高血圧　・脂質異常症　・糖尿病　・痛風　・狭心症/心筋梗塞　・不整脈　・喘息　・脳卒中

・その他（　　）

→現在治療されていますか？　している　・　していない

5. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありませんか？　ある　・　ない

あるに〇を付けた方はお薬、サプリメントのお薬名をご記入ください

＊お薬手帳、薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい

6.　お薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？　ある　・　ない

あるに〇を付けた方はどのようなものでアレルギーが出たことがありますか？

・食べ物（　　）・薬（　　）・その他、花粉症など（　　）

7. 女性の方のみ → 現在、どちらかにあてはまりますか？　妊娠中　・　授乳中 / どちらでもない

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？　（複数回答でも構いません）

・近所に(在住　・通勤　・通学路)　・ホームページ　・広告（看板）　・知人の紹介

・他医療機関からの紹介　・その他(　　)