

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

フリガナ		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生			<過去最高体重>
氏名			身長	cm	体重	kg ( _____ 歳頃)
住所	〒 _____			電話番号	<本日の最終食事開始時間>	
					_____ 時 _____ 分	

## 患者さんについて

- ① 家族構成を教えてください。  
一人暮らし・ \_\_\_\_\_ 人暮らし → (同居の方: 父・母・兄弟・配偶者・祖父母・子・孫・その他 \_\_\_\_\_)
- ② 仕事について教えてください。  
仕事なし・仕事あり → (業務内容: \_\_\_\_\_)  
(重労働・デスクワーク・外回り(徒歩)・外回り(車)・シフト制・夜勤あり)
- ③ 現在治療中および今までかかった糖尿病以外の病気やケガをお書きください。

年齢	病名	治療	医療機関名
歳		内服・手術・その他 ( _____ )	
歳		内服・手術・その他 ( _____ )	
歳		内服・手術・その他 ( _____ )	

- ④ 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？  
なし・あり → (薬品名: \_\_\_\_\_、症状: \_\_\_\_\_)
- ⑤ 薬以外のアレルギー・過敏症などがありますか？  
なし・あり → (なにで: \_\_\_\_\_、症状: \_\_\_\_\_)

## 糖尿病について

- ① はじめて糖尿病と診断された(または血糖が高いと言われた)のはいつですか？  
\_\_\_\_\_歳のとき・今回初めて・覚えていない
- ② 糖尿病と診断されたきっかけは何ですか？  
健康診断・のどが乾く・尿量が多い・体重減少・その他(具体的に: \_\_\_\_\_)
- ③ 糖尿病が見つかったときの血糖値とHbA1cを教えてください。→血糖値: \_\_\_\_\_mg/dL、HbA1c: \_\_\_\_\_%
- ④ これまでに糖尿病の治療を受けたことはありますか？

現在治療中・以前治療を受けていたが今は受けていない・自己中断した・治療を受けたことがない

医療機関名	治療内容
	食事療法・内服(薬品名: _____)
	注射(薬品名と単位: _____)
	血糖測定(機材名と穿刺器具名: _____)
	※ご持参のある方は、測定器を問診票と一緒に受付に提出ください。

- ⑤ 血縁の親族に次の病気の方はいますか？  
【糖尿病】 いない・いる(続柄: \_\_\_\_\_) → インスリン注射を(していない・している・不明)  
【高血圧】 いない・いる(続柄: \_\_\_\_\_) 【中性脂肪・コレステロール】 いない・いる(続柄: \_\_\_\_\_)  
【心臓疾患】 いない・いる(続柄: \_\_\_\_\_) 【脳血管疾患】 いない・いる(続柄: \_\_\_\_\_)  
【がん】 いない・いる → \_\_\_\_\_がん(続柄: \_\_\_\_\_)、 \_\_\_\_\_がん(続柄: \_\_\_\_\_)

裏面もご回答ください。

## 現在の症状と合併症について

### ① 現在、自覚症状はありますか？

症状なし ・ のどが乾く ・ 水分をたくさん飲む ・ 尿量が多い ・ 全身がだるい ・ 足や手のしびれ  
視力低下 ・ むくみ ・ 体重減少（ \_\_\_ヶ月で \_\_\_kg） ・ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

### ② 眼科の通院についてお聞きします。

定期的に通院していない ・ 通院している（医療機関名： \_\_\_\_\_）  
※診断名→糖尿病網膜症（レーザー治療：あり・なし）・白内障・緑内障・その他（ \_\_\_\_\_）

### ③ 眼以外の合併症はありますか？

なし ・ 糖尿病性腎症 ・ 神経障害 ・ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

## 食事について

### ① 食事指導を受けたことがありますか？

なし ・ あり（医療機関名： \_\_\_\_\_、栄養指示カロリー： \_\_\_\_\_kcal）

### ② 家庭で食事を調理する人を教えてください。

ご自身・家族（続柄： \_\_\_\_\_） ・ その他（具体的に： \_\_\_\_\_） ・ 調理しない（外食）

### ③ 普段の食事時間を教えてください。

朝食： \_\_\_\_\_時頃、昼食： \_\_\_\_\_時頃、夕食： \_\_\_\_\_時頃、その他の食事： \_\_\_\_\_時頃

### ④ 外食の頻度を教えてください。

毎日 ・ 週5回 ・ 週3回 ・ 週1回 ・ 月1回 ・ ほとんどしない ・ しない

### ⑤ 間食の頻度を教えてください。

毎日 ・ 週5回 ・ 週3回 ・ 週1回 ・ 月1回 ・ ほとんどしない ・ しない

〔菓子パン・洋菓子・和菓子・せんべい・スナック菓子・アイスクリーム・果物・その他〕

### ⑥ あまい飲み物を飲む頻度を教えてください。

毎日 ・ 週5回 ・ 週3回 ・ 週1回 ・ 月1回 ・ ほとんどしない ・ しない

〔炭酸ジュース・0kcal ジュース・スポーツドリンク・栄養ドリンク・果物風味の水  
乳酸菌飲料（ヤクルトなど）・砂糖入りの紅茶やコーヒー・野菜ジュース・その他〕

## 生活習慣について

### ① 通勤（通学）の交通手段を教えてください。

徒歩（ \_\_\_\_\_分） ・ 自転車（ \_\_\_\_\_分） ・ 公共交通機関 ・ 車 ・ バイク

### ② 運動習慣の頻度と内容を教えてください。

なし ・ あり→週 \_\_\_\_\_回、内容： \_\_\_\_\_

### ③ アルコール（酒類）を飲みますか？

飲まない ・ 付き合いで飲む（月 \_\_\_\_\_回） ・ よく飲む（週 \_\_\_\_\_回） →1回量： \_\_\_\_\_を \_\_\_\_\_mL 程度

### ④ たばこを吸いますか？

吸わない ・ 吸っている（ \_\_\_\_\_歳～、1日 \_\_\_\_\_本） ・ 禁煙した（ \_\_\_\_\_歳～ \_\_\_\_\_歳、1日 \_\_\_\_\_本）

## ※女性の方へ

### ① 月経・妊娠について伺います。

妊娠中（ \_\_\_\_\_週） ・ 妊娠していない →【最終月経】 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日、【月経】順・不順・閉経（ \_\_\_\_\_歳）

### ② 以前の妊娠時、「妊娠糖尿病」と診断されたことがありますか？

なし ・ あり（ \_\_\_\_\_歳）

当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

家族や知人の紹介 ・ 当院ホームページ ・ 看板 ・ バス案内  
近所（家 ・ 職場） ・ その他（ \_\_\_\_\_）

ご記入ありがとうございました。



西多賀やまだ内科・糖尿病クリニック  
Nishitaga Yamada Internal and Diabetes Clinic