

糖尿病・問診票

フリガナ

氏名: _____ 生年月日: 大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女

住所: 〒 _____

電話番号: (携帯) _____ (自宅) _____

1. 次の症状はありますか？(○をつけてください。特に強い症状には◎をつけて下さい)

のどの渇き・多飲・多尿・だるい・疲れやすい・体重が急に減った・体重が増えてきた
足底や足先のしびれやピリピリ感・足の冷感・神経痛・足のむくみ・こむらがえり・便秘・下痢
胃のもたれ・動悸・立ちくらみ・勃起不全・視力の低下・目がかすむ
その他(_____) ・特になし

2. 最初に尿糖が出ている、血糖が高いと言われたのはいつ頃でしたか？

(_____) 歳頃

・そのきっかけを教えてください。

健康診断(職場や学校・市町村)・人間ドック・自覚症状があった

その他(_____)

・その後、どうされましたか？

定期的に医療機関に通院していた・しばらく通院したが最近は通院していない

通院は全くしていない・年に1回の健康診断や人間ドックだけ受けている

・糖尿病と診断されたのはいつ頃ですか？・どこで糖尿病と診断されましたか？

(_____) 歳頃 どこで(_____)

・糖尿病の治療はどうされていますか？

食事療法・運動療法・食事と運動療法・薬を飲んでいる・インスリンを注射している

何もしていない・その他(_____)

3. 家族(血縁者)に糖尿病・高脂血症・高血圧・脳梗塞・心筋梗塞の方はいますか？

糖尿病(_____) 高脂血症(_____) 高血圧(_____) 脳梗塞(_____) 心筋梗塞(_____)

4. 今までにかかった病気、または現在かかっている病気がありましたら教えてください。

(_____) ・特になし

・眼科に通院したことがありますか？

ない・ある→最後に受診したのはいつ頃ですか？(_____)

5. 身長と体重歴を教えてください。

現在の身長(_____)cm 現在の体重(_____)kg 20歳頃の体重(_____)kg

過去最大体重(_____)歳頃に(_____)kg ※妊娠中は除く

6. 飲酒や禁煙について

・アルコールは飲みますか？飲む方はその種類・量や頻度・理由について教えてください。

飲まない・飲む→種類(_____)・量(_____)

頻度(ほぼ毎日・週に3~4回・週に1~2回・月に1~2回)