

# 糖尿病問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

糖尿病を初めて指摘されたのは何歳ぐらいですか？  ( )歳の時  今回が初めて

今回ご来院されたきっかけを教えてください  
 健康診断で指摘を受けた  症状があった  他の病院で指摘を受けた  その他( )

次の症状はありますか？  
 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  体重が急に増えてきた  
 神経痛  足底や足先のしびれやピリピリ感  足の冷感  足のむくみ  便秘  下痢  動悸  
 立ちくらみ  勃起不全  視力低下  目がかすむ  その他( )

糖尿病の治療はどうされていますか？  
 特に治療はしていない  食事療法  運動療法  食事療法と運動療法  インスリン注射  
 薬を飲んでいる(お薬名: )

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  
 過去最高体重( )歳頃に( )kg(※妊娠中は除く)

過去または現在、以下の病気にかかったことがありますか？  
 高血圧  脂質異常症  糖尿病  心筋梗塞  狭心症  肝臓病  腎臓病  緑内障  
 脳梗塞  脳出血  前立腺肥大症  その他( )

眼科に通院したことがありますか？  なし  あり(最終受診日( )年ごろ)

現在、飲んでいるお薬はありますか？  なし  あり( )

家族(血縁者)に次の病気の方はいますか？いる場合は続柄を記入してください。  
 糖尿病( )  脂質異常症( )  高血圧( )  脳梗塞( )  心筋梗塞( )

喫煙： 吸わない  吸う( 本/日 × 年間)  
 禁煙した( 年前から。それまで喫煙( 本/日 × 年間))  
 飲酒： 飲まない  飲む(週 日) 種類・量( )

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？  なし  あり( )

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？  
 いいえ  はい( 妊娠中  妊娠の可能性あり  授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？  
 インターネット  看板  知人  通りがかり  その他( )

※ご協力ありがとうございました。