

問診票 (糖尿病)

糖尿病・内分泌・漢方内科 新神戸おかだクリニック

診療をスムーズに進めるためお手数ですが下記にご記入ください。

なお、問診でお聞きした情報は治療以外の目的には使用しません。

フリガナ

生年月日

お名前 _____

T・S・H・R 年 月 日

ご住所 〒 _____

電話番号 (ご自宅) _____

(携帯) _____

① 今までに糖尿病を指摘されたことがありますか？ (なし あり)

ありの場合 → ____才ごろ または____年前

現在治療中ですか？ (はい いいえ)

現在またはその時の治療内容を選んでください (複数回答可)

(飲み薬・インスリン注射・GLP-1受容体作動薬の注射・食事療法・運動療法)

② 糖尿病に関して、最も心配なこと、困っていることについてご記入ください。

③ 体重の変化についてお伺いします。

現在の身長 _____cm 体重 _____kg

今までで最も体重が多かったのは何歳ごろで、何kgでしたか？ _____才 _____kg

20歳頃の体重は何kgでしたか。 _____kg

最近おおきな体重変動はありましたか。(なし あり)

ありの場合→____(日・ヶ月・年)で____kg(増加・減少)した。

④ 眼科で網膜症のチェックを受けたことがありますか？ (なし あり)

ありの場合→____年前 または____年____月頃に受診した。受診結果_____

⑤ 仕事についてお伺いします。

ご職業 _____

労作の程度 (デスクワーク 立ち仕事 よく歩く 家事 その他_____)

⑥ 運動についてお伺いします。

運動の頻度 (毎日する 時々→____回/週・1回____分 しない)

運動の種類 (ウォーキング ジョギング ジム 水泳 スポーツ_____)

⑦ 食事および生活についてお伺いします。

同居されている方はいらっしゃいますか？ (はい いいえ)

はいの場合→どなたと同居されていますか？ ()

1日____食 (規則的・不規則)

主に調理される方はどなたですか？ ()

間食 (毎日 時々 しない)
外食 (毎日 時々 しない)
惣菜やコンビニ弁当の利用 (毎日 時々 しない)

1週間に1度以上摂取されるものを選んでください(複数回答可)。

缶コーヒー ・ 炭酸飲料 ・ 栄養ドリンク ・ ジュース ・ スポーツドリンク
飲むヨーグルト ・ 野菜ジュース ・ その他

⑧ 病歴についてお伺いします。

現在治療中のご病気があればご記入ください。(年齢、病名、医療機関など)

今までにかかった病気があればご記入ください。(年齢、病名、医療機関など)

⑨ 現在服用中のお薬はございますか? (なし あり)

ありの場合 → 薬剤名 _____

※お薬手帳があれば、受付にお出してください。

⑩ 薬や食べ物に対するアレルギーはございますか? (なし あり)

ありの場合 → _____

⑪ 血縁関係のあるご家族で、以下のご病気の方はいらっしゃいますか? (なし あり)

糖尿病 (父 母 兄弟 その他 _____)

高血圧 (父 母 兄弟 その他 _____)

脳梗塞 (父 母 兄弟 その他 _____)

心筋梗塞 (父 母 兄弟 その他 _____)

癌 (父 母 兄弟 その他 _____)

⑫ 喫煙、飲酒はなさいますか?

タバコ (吸っている ___本×___年 以前に吸っていた 吸ったことがない)

アルコール (週に___日程度飲む 飲まない)

ビール___mL 日本酒___合 焼酎___杯 ワイン___mL ウイスキー___杯

⑬ (女性の方へ) 現在妊娠中・授乳中ですか? (はい いいえ)

⑮ 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか?

インターネット 知人の紹介 (_____ 様より) 他院からの紹介 (_____ 医院・病院より)

その他 _____

⑯ お聞きになりたいことがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました