

問診票 (糖尿病)

かがやき糖尿病内分泌クリニック三宮

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 〒 _____ 市 _____
電話番号 (ご自宅) _____ (携帯) _____

※マイナ保険証を利用された方は、マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ (はい・いいえ)

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/GLP-1GIP 受容体作動薬の注射・食事運動療法のみ)

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 _____ 通勤手段： _____

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)、調理される方 (_____)

朝 (_____ 時)、食事内容 (_____)

昼 (_____ 時)、 (_____)

夕 (_____ 時)、 (_____)

例) パン、卵、ブラックコーヒー / ごはん茶碗1杯、メインのおかず、副菜 など 次頁へ➡

間食（ 毎日 時々 しない ） 、 内容（ ）

例)「クッキー1枚」、「おまんじゅう1個」 など

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 この1年間で健康診断を受診したことはありますか？

(なし あり / ある場合:最終 _____ 年 月頃)

⑩ 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。

⑪ 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→ _____

⑫ 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)

例) 父、母、母方祖父など

糖尿病 ()、高血圧 ()

脳梗塞 ()、心筋梗塞 ()、癌 ()

⑬ 喫煙、飲酒はなさいますか？

タバコ (吸っている → _____ 本× _____ 才から

以前に吸っていた → _____ 本× _____ 才まで吸っていた 吸ったことがない)

アルコール (週に _____ 日程度飲む 飲まない)

1日に ビール _____ mL 日本酒 _____ 合 焼酎 _____ 杯 ワイン _____ mL ウイスキー _____ 杯

⑭ (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 ・ 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

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。