

## 問診票(糖尿病内科)

※再診の方は氏名のみご記入下さい。(変更箇所がありましたらご記入下さい)

受診日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	西暦	年	月	日( )歳
		性別	男 ・ 女			
住所	〒					
電話番号	自宅： ( )		携帯： — —			

※お手数ですが該当する□に☑をお願い致します。不明点は空欄で構いません。

当てはまる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> のどの渇き <input type="checkbox"/> 多飲・多尿 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 急に体重が減った <input type="checkbox"/> 体重が増えてきた <input type="checkbox"/> 足先のピリピリ感 <input type="checkbox"/> 足の冷え <input type="checkbox"/> 足のむくみ <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 目がかすむ <input type="checkbox"/> 視力の低下
血糖が高い、尿糖が出ていると言われたのはいつ頃ですか？ また、どこで診断をされましたか？	( )歳頃から ( )歳頃に診断された どこで( )
きっかけは何ですか？	<input type="checkbox"/> 健康診断(職場や学校・市町村) <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 自覚症状があった <input type="checkbox"/> 他院で言われた <input type="checkbox"/> その他( )
その後はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 定期的に病院を通院していた <input type="checkbox"/> しばらく通院したが最近に通院していない <input type="checkbox"/> 通院は全くしていない <input type="checkbox"/> 年1回健康診断や人間ドックだけ受けている
糖尿病の治療はされていますか？	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> インスリン注射をしている <input type="checkbox"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> その他( )
(※女性の方のみ) 現在妊娠・授乳はされていますか？	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している 妊娠週( )週 妊娠前体重( )kg <input type="checkbox"/> 授乳中
家族(血縁者)にどなたか 当てはまる方はいますか？	糖尿病( ) 脳梗塞( ) 心筋梗塞( ) 高血圧( ) 高脂血症( ) その他( )
今までかかった病気(手術歴も含む)、 または現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ( )
現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳があれば受付にお渡し下さい。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ( )
お薬や食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ( )

裏面に続く➡

眼科に通院したことはありますか？ また最後に受診されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 最後の受診歴( )頃
身長・体重歴について	現在の身長( )cm 現在の体重( )kg 20歳の頃の体重( )kg 過去最大体重( )歳の頃に( )kg ※妊娠中は除く
飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ・お酒の種類 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> その他( ) ・量 ( )L/日 ・頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に3~4回 <input type="checkbox"/> 週に1~2回 <input type="checkbox"/> 月に1~2回
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた( 歳~ 歳まで) <input type="checkbox"/> 吸う ( )歳頃から( )本/日
食事は1日ですか？ また、間食はしますか？	<input type="checkbox"/> 1日( )食 → <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 間食しない <input type="checkbox"/> 間食する
栄養相談(栄養指導)を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある どこで( )何回くらい( )回
普段の生活は活動的ですか？	<input type="checkbox"/> 活動的 <input type="checkbox"/> そうでもない
定期的に運動はされていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 何を( )どのくらい( )

当院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> クリニックの看板を見て <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> バス案内 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介(病院名： )
マイナ保険証による診療情報取得に同意済みですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この一年間で健康診断、特定健診もしくは高齢者健診を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました☆

※紹介状、検査データ、健康診断結果等があれば受付にお渡し下さい。

★マイナ保険証について

当院はマイナ保険証の利用や問診票などを通じて患者様の診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めている医療機関です。  
そのため、患者様には積極的にマイナ保険証をご利用いただいております。