

糖尿病初診の問診票

氏名() 年齢() 性別()
住所()
電話番号()

① 糖尿病の診断を受けたことがある()歳、予備軍と言われたことがある()歳

② 次の症状はありますか

喉が渇く 頻尿がある 体がだるい 目が見にくい 手足が痺れる
勃起不全がある 体重が増えている 体重が減っている 足がむくむ
動悸・息切れがある 便秘がある 下痢がある その他()

③ 現在の身長と体重歴を教えてください。

身長()cm 体重()kg 20歳時の体重()kg
一番重かった時の体重:()歳頃の時()kg

④ 今治療している病気、治療していた病気はありますか。
()

⑤ 眼科は通院していますか。

はい(病院・クリニック名:)・いいえ

⑥ 血縁関係に糖尿病患者さんはいらっしゃいますか。はい(どなたですか? :)・いいえ

⑦ 最近の食事の状況を教えてください。

1日()食、内容
(朝)
(昼)
(夕)
調理者:()
間食 する・しない(する場合の内容;)

⑧ お酒は飲みますか 飲む・飲まない(飲む場合の内容; /日)

⑨ タバコは吸いますか 吸う・吸わない(吸う場合; 本/日、 歳から)

⑩ 運動はしますか する・しない(する場合の内容;)

以上になります。ご協力ありがとうございました。