

・糖尿病初診の問診表

氏名() 生年月日()

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;)

⑪ 仕事はしていますか、している場合はご職業はなんですか

()

⑫ ご家族は同居されていますか、されている場合はどなたがいますか

()

⑬ これから診察を受けるに当たって、ご不安な点、伝えておきたいことはありますか。

()