

## 【元村内科クリニック 糖尿病問診表】

お名前 \_\_\_\_\_ ご生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

当院受診のきっかけは何ですか？

《 \_\_\_\_\_ 》

①初めて糖尿病といわれたのはいつですか？ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃、あるいは \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 また、糖尿病かも？と思ったのはいつですか？ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃、あるいは \_\_\_\_\_ 歳頃)

②どこで言われましたか？ ( 健診施設 ・ 医療機関 ・ その他 \_\_\_\_\_ )

③糖尿病の治療は受けていますか？ ( はい ・ いいえ )

どこの医療機関で、どんな治療を受けていましたか？

※分かる範囲で治療内容（食事療法・運動療法・内服・インスリン治療歴等）を記入して下さい。

※途中、医療機関の変更があれば記入して下さい。

( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃、あるいは \_\_\_\_\_ 歳頃 / 治療: \_\_\_\_\_ 、病院: \_\_\_\_\_ )

以後の治療を書ききれない場合は、以下にご記入ください。

・眼底検査（眼底写真）を最後に受けたのはいつですか？

( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃、あるいは \_\_\_\_\_ 歳頃 / 医療機関名: \_\_\_\_\_ )

眼底に異常を指摘されていますか？ ( はい / 異常所見: \_\_\_\_\_ )

・ 受けていない

・ いいえ

④今まで下記の治療・手術等を受けたことがありますか？あてはまるものに、□に（チェック）を付けてください。

- 高血圧     脂質異常症     胃潰瘍     痛風     肝炎     腎臓病     結核
- 心臓病 ( \_\_\_\_\_ )     脳卒中 ( \_\_\_\_\_ )     癌 ( \_\_\_\_\_ )
- 結石症 ( \_\_\_\_\_ )
- 手術歴 ( \_\_\_\_\_ )     入院歴 ( \_\_\_\_\_ )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤家族（血のつながりのある方）の中で、以下の病気にかかった方がいますか？

- ・糖尿病（無・有） ( \_\_\_\_\_ )    ・高血圧症（無・有） ( \_\_\_\_\_ )
- ・がん（無・有） ( \_\_\_\_\_ )    ・脳卒中（無・有） ( \_\_\_\_\_ )
- ・心筋梗塞（無・有） ( \_\_\_\_\_ )    ・狭心症（無・有） ( \_\_\_\_\_ )
- ・遺伝疾患（無・有） ( \_\_\_\_\_ )    ・肥満（無・有） ( \_\_\_\_\_ )

⑥現在の自覚症状について、あてはまるものに、□に（チェック）を付けてください。

- のどがよく渴（かわ）く     何回もトイレに行く     体がだるく、疲れやすい
- 便秘や下痢をくりかえす     細かい字が読みにくなった     立ちくらみ
- 急にやせた     勃起障害が気になる（ED）     手や足の先がしびれる
- 足の裏に違和感がある     歩行時、足が痛くなる

※裏面もご記入ください

⑦体重について。

- ・出生時体重 (                  g )                  ・20歳頃の体重 (                  kg )
- ・肥満出現 (                  歳頃 )                  ・過去の最高体重 (                  歳頃                  kg )

・体重の増減が激しい時期はありましたか？

なし

あり                  歳頃                  ヶ月で                  kg ( 増 ・ 減 )

⑧嗜好について。

- ・アルコール：飲まない                  飲む (週                  回) 1回量 (                  ) を (                  ml)
- ・タバコ：吸う (                  歳から                  本/日)
- 吸わない                  やめた (                  歳から                  歳までは、                  本/日)

⑨食事について。

- ・食事療法をしていますか？ ( はい ・ いいえ )

⇒はい、の方                  医療機関での栄養指導歴： (                  年                  月頃、あるいは                  歳頃から)

※分かれば、1日のトータル指示カロリー (                  kcal)

⑩どのようなお仕事をされていますか？ ※職種・内容等をご記入ください。

(                  )

⑪運動習慣について。

- ・運動療法はしていますか？ ( はい ・ いいえ )

⇒はい、の方 (                  年                  月頃、あるいは                  歳頃から)

何を実践していますか？ (運動の種類：                  頻度：                  回/週)

⑫生活面について。

- ・いずれかに○をお願いします。 ( 既婚 ・ 未婚 )

・現在の同居家族 (                  )

⑬民間療法(サプリメント)を利用していますか？ ( はい ・ いいえ )

⇒はい、の方 ( 何を？                  どのくらいの頻度？ )

⑭お薬や食べ物でアレルギーはありませんか？ ( はい ・ いいえ )

⇒はい、の方 ( 何で？                  症状は？                  対処法は？ )

⑮喘息(小児喘息も含む)はありますか？ ( はい ・ いいえ )

⑯輸血の経験はありますか？ ( はい ・ いいえ )

⑰女性の方にお聞きします。

- ・妊娠 (                  回 )                  ・出産 (                  回 )                  ・死産 (                  回 )

・お子様の出生体重 (                  )

- ・最終月経 (                  月                  日から                  日間 )                  ・閉経 (                  歳 )

- ・ホルモン剤使用 ( あり ・ なし )

ありがとうございました。記入がお済になりましたら受付までお願い致します

食生活チェック表

食記録配布

年

月

日( )

様

PC入力

1 ご自宅での主な調理担当者はどなたですか？ (ご本人・妻・子 )

2 ご一緒にお住まいの方はどなたですか？ 妻・夫・子( )

3 生活時間を例のようにご記入ください

例)

6時	8	10	12	14	16	18	20	22	24
朝食		しごと		昼食		おやつ		帰宅	
散歩		寝る							
6時	8	10	12	14	16	18	20	22	24

4 食事時間は何時ですか？ 朝 昼 夜

5 食事はいつも腹8分めですか？ はい・いいえ( 分目)

6 夕食が過食になりがちですか？ はい・いいえ

7 夕食後に何か召し上がりますか？ いいえ・はい( )

8 間食・おやつはどのようなものを召し上がりますか？ 食べない・食べる( )

9 食事中的お茶はどのくらい飲みますか？ コップ 杯

10 食事以外で水分は何をどのくらい飲みますか？コップ 杯(水・茶 )

11 ジュースは飲みますか？(100%果汁含む) いいえ・はい(たまに・毎日 )

12 砂糖・ミルク入りのコーヒーや紅茶など飲みますか？いいえ・はい(1日 杯・さとう・ミルク)

13 外食は月に何回くらいしますか？ 月に 回( )

14 スーパーやコンビニのお惣菜をよく利用しますか？ いいえ・はい( )

15 お漬物は召し上がりますか？ いいえ・はい(何を )

16 どちらかといえば甘党？から党？ 甘党・から党

17 ラーメンやうどんのお汁は召し上がりますか？ いいえ・少し・半分・全部

18 卵は週に何個くらい召し上がりますか？ 週に 個

19 牛乳は毎日召し上がりますか？ はい・いいえ

20 野菜不足だと感じますか？ はい・いいえ・ふつう

21 野菜→おかず→ごはんの順にたべていますか？ はい・いいえ

22 糖尿病のための食品交換表を勉強したことはありますか？ はい・いいえ

23 運動の習慣はありますか？ いいえ・はい( )