

ふりがな		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
お名前		電話番号				
ご住所	〒 -	携帯番号				

1. 当院受診のきっかけを教えてください(複数回答可)

- 人間ドック・健康診断などで指摘された
 専門医に診てもらいたい
 糖尿病の継続治療
 他の医療機関からの紹介
 糖尿病を疑う症状があった
 その他

2. 今までに糖尿病または血糖値が高いと指摘された事がありますか?

- 今回が初めて
 ____歳の頃 または ____年前
 いいえ

3. 今までに糖尿病の治療を受けたことがありますか?

- はい
 いいえ
 内服または注射での治療中である(薬の名前 _____)
 食事指導(カロリー _____)
 運動療法(内容 _____)
 糖尿病手帳あり
 糖尿病手帳なし

4. 眼科を受診されていますか?

- はい(病名 _____ 医療機関名 _____)
 いいえ

5. 次のような症状はありますか?(複数回答可)

- 体がだるく、疲れやすい
 のどがよく渴く
 水分をよくとる
 尿量が多い、または回数が多い
 最近やせてきた
 最近太ってきた
 視力が気になる
 手先、足先がしびれる
 足がむくむ、痛む、色が悪いなど、足の症状がある
 その他(_____)

6. 20歳の体重が分かりましたらご記入下さい(_____ kg)

今までの最高の体重をお書き下さい(_____ kg) (_____ 歳頃)

7. アレルギーはありますか?

- はい(薬 _____ 食品 _____ その他 _____)
 いいえ

8. 既往歴はありますか?(複数回答可)

- 高血圧
 高脂血症
 高尿酸血症・痛風
 胆石
 脳梗塞・脳出血
 心疾患
 緑内障・白内障
 腎疾患
 気管支喘息
 肝炎
 結核
 胃・十二指腸潰瘍
 肺炎
 手術歴(_____)
 輸血歴(_____)

9. 糖尿病薬以外で、現在飲んでいるお薬、サプリメントはありますか?

- あり(薬の名前・お薬手帳 _____)
 なし

10. 女性の方にお伺いします

- 妊娠・出産歴(あり ・ なし)
 妊娠中の異常(あり ・ なし)
 出産時の異常(あり ・ なし)
 3500g以上児の出産(あり ・ なし)

2枚目もご記入ください。

1 1. 血縁者で以下の病気の方はいらっしゃいますか？

- 糖尿病 (父・母・祖父・祖母・兄弟・子供・その他)
 高血圧 (父・母・祖父・祖母・兄弟・子供・その他)
 高脂血症 (父・母・祖父・祖母・兄弟・子供・その他)
 心臓病 (父・母・祖父・祖母・兄弟・子供・その他)
 脳血管障害 (父・母・祖父・祖母・兄弟・子供・その他)
 癌 (父・母・祖父・祖母・兄弟・子供・その他)

1 2. たばこについてお伺いします

- 吸う 吸わない
一日平均 () 本 喫煙歴 () 年
 以前は吸っていたが止めた。() 年前 平均 () 本

1 3. 食事についてお伺いします

- 主な調理者、用意をする人 ()
● 食事回数・食事時間 一日 () 食)・朝 () 時頃・昼 () 時頃・夕 () 時頃
● 間食 しない 時々する する
● 外食 しない 時々する する
● コンビニ・スーパーの弁当 しない 時々する する
● 食事の状態で当てはまるものは
 早食いである 大食いである 偏食である
 甘いものが好き 揚げ物が好き 食事の時間が不規則

1 4. 飲酒についてお伺いします

- する () 回/週) しない
● 1日の飲酒量 ビール () ml)・日本酒 () 合)・焼酎 () ml)
その他 ()

1 5. 運動についてお伺いします

- 運動 毎日する 時々する () 回/週) () 回/月) しない
● 種類 ウォーキング 散歩 ランニング ジム 水泳 その他 ()

1 6. 仕事についてお伺いします

- デスクワーク 外回り 立ち仕事 家事 体力を使う仕事 その他

有難うございました。当院診察の御意向をお知らせ下さい。

糖尿病診療では、出来るだけ普段の通院に対する時間的な御負担を軽減するために、院内迅速でHbA1cと血糖測定を行い、3ヶ月に一度コレステロールなど脂質や腎症の管理ご観点から尿中微量アルブミン検査を標準的に施行する方針しておりますが、当院での診療方針に関して御意向をお伺いします。
(にご希望をチェックお願いします。)

- 出来るだけ毎回血液検査をしてほしい
 3ヶ月に1度くらいにしてほしい
 最低限にしてほしい