

生活習慣病 問診票

記載日: 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	昭和	年	月	日
お名前				平成			
ご住所	〒			電話番号			
	新潟 市			携帯番号			
	市						

◇◆お薬手帳をお持ちでしたら受付へお出しください(提出された方は薬品名省略可)

1. 職業・家族構成について

事務職 軽作業 重労働 無職 その他: _____

家族構成: _____人暮らし (ご本人との続柄: 夫・妻・子供 _____人・父・母・祖父・祖母・その他 _____)

2. 体重について 20歳ころの体重 _____kg 過去最大体重 _____kg (_____歳ころ)

3. 現在の症状について(複数回答可)

のどの渇き・多飲 尿の回数が多い 体がだるい 立ちくらみ 食後の眠気

体重減少(_____kg 減) 手足のしびれ 足ががつりやすい 手や指の震え 空腹感

健診・人間ドックで指摘(結果持参: あり・なし) 病院で偶然発見(病院名: _____)

他院からの紹介(病院名: _____) その他(_____)

4. 今までの治療状況について伺います

初めて指摘された年齢 _____歳の時 今回が初めて

治療状況について

なし 放置していた 食事・運動療法のみ 栄養指導を受けたことがある

飲み薬 ※飲み薬を開始した年齢(_____)歳 → 薬品名: _____

糖尿病患者さまのみ記入してください

インスリン注射 ※インスリンを開始した年齢(_____)歳 → インスリン名: _____

糖尿病治療で入院したことがある → _____年 _____月 医療機関名: _____

眼科を受診したことがある、または糖尿病網膜症の有無を調べたことがある

→ _____年 _____月 医療機関名: _____

5. 現在治療中または今までに指摘された病気について

なし 高血圧症(_____歳) 脂質異常症(_____歳) 狭心症(_____歳) 心筋梗塞(_____歳)

腎臓病(_____歳) 脳梗塞(_____歳) 脳出血(_____歳) 痛風(_____歳)

脂肪肝(_____歳) 肝臓病(_____歳) 糖尿病網膜症(_____歳) その他(_____)

裏もご記入ください

6. 薬や食物にアレルギーはありますか？ いいえ はい _____

7. 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか？

なし

糖尿病 ①続柄: _____ 食事のみ・内服・インスリン

②続柄: _____ 食事のみ・内服・インスリン

③続柄: _____ 食事のみ・内服・インスリン

高血圧(続柄: _____) 脂質異常症(続柄: _____) 心臓病(続柄: _____)

脳卒中(続柄: _____) がん(続柄: _____)

8. 食生活について伺います(複数回答可)

ほぼ自分が作る ほぼ家族が作る 朝食抜きが多い 夕食は22時以降が多い

夜は付き合いの食事が多い 早食いだである 野菜が苦手 野菜を多く食べる方である

揚げ物を好んで食べる 間食をとる(毎日 時々 とらない) 炭酸飲料やジュースをよく飲む

9. 運動の習慣はありますか？

なし ある(具体的に: _____)

買い物、通勤等で歩く(片道 _____分) エレベーター・エスカレーターを使わないように努力している

10. アルコールについて伺います

飲まない 付き合い程度(_____回/月) よく飲む(_____回/週)

種類:ビール _____ml/回、日本酒 _____合/回、焼酎 _____ml/回、その他 _____

11. 喫煙について伺います

もともと吸わない 禁煙した(_____歳、以前は _____本/日) 喫煙中(_____歳から _____本/日)

12. 女性の方に伺います

妊娠・出産の経験はない

妊娠・出産の経験がある (妊娠時の尿糖・高血糖 妊娠糖尿病 巨大児の出産)

現在、妊娠中(_____週目) 病院名: _____

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ はい

14. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

いいえ はい 受診時期 _____ 指摘事項 _____

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用しません
医療法人社団ベルツリー 新潟糖尿病クリニック