

問診票

記載日: 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和				年	月	日	(満 歳)
お名前											
ご住所	〒		電話番号								
			携帯番号								

問診票は裏表 3 ページありますのでご記入ください。

1. 本日ご来院されたきっかけを教えてください。

- ☐健康診断で指摘を受けた。(○をつけてください。)
- ・血糖値(HbA1c 尿糖) ・脂質異常(コレステロール) ・血圧 ・甲状腺
- ・その他()
- ☐気になる症状がある。
- ☐他の病院からのご紹介
- ☐すでに糖尿病治療を他の病院でしているが、糖尿病専門医に相談したい。
- ☐以前治療していたが、中断していた。(最終受診日はいつですか。 ____年 ____月)
- ☐転居

2. 次のような症状はありますか。(○をつけてください。多数回答可)

- ・のどの渇き・多飲　・尿の回数が多い(夜間__回)　・体がだるい　・体重減少(____ヶ月____kg 減)
・手足のしびれ　・足がつりやすい　・その他(_____)

＜上記で甲状腺に○をつけた方＞

- ・体がだるい ・体重減少(_____ヶ月 _____Kg減) ・首の腫れ ・手の震え ・動悸 ・息切れ
・汗が出やすい ・疲れやすい ・むくみ ・その他(_____)

3. 現在の身長と体重を教えてください。

身長(_____cm) 体重(_____Kg)
20歳の頃の体重(_____Kg) 過去最大体重(_____Kg _____歳の頃)

4. 現在治療中または今までに指摘された病気について教えてください。

- ☐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()

5. 現在内服中のお薬を教えてください。

- ☐ お薬手帳のご持参がありますか。 （○をつけてください。）

はい いいえ

*マイナ保険証による診療情報取得同意でお薬手帳がカルテで参照できる方もいます。

6. 血縁者で次の病気の方はいますか。(第二親等以内くらいでかまいません)

☐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: _____)

7. 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)

*飲酒される方は1回の飲酒量を教えてください。

【 _____ 】

例)ビール 350ml×2本、ハイボール缶 350ml×1本、日本酒 2合、ワイン 100ml

8. 喫煙について伺います。

☐吸う

・紙タバコ ・電子タバコ (○をつけてください。)

(____歳～____本/日)

☐禁煙した(____歳、以前は____本/日)

☐吸わない

9. お仕事について教えてください。

①お仕事はしていますか?(○をつけてください。)

はい いいえ 専業主婦・主夫 学生

②ご職業は何ですか?*パート、アルバイトの方もご記入ください。

(職業名: _____)

③どんな仕事内容ですか?(○をつけてください。)

肉体労働 事務 営業 医療 看護 保育 教育 福祉 介護 サービス

④夜勤はありますか。(○をつけてください。)

有 無

10. 食事について教えてください。

- ☐3食食べる ☐朝食を抜くことが多い ☐夕食は20時を過ぎることが多い
☐炭酸やスポーツドリンクを飲む ☐外食やコンビニ弁当、お惣菜を利用することが多い

11. 運動習慣について教えてください。

有() 無

例)ウォーキング 30 分/日、筋トレなど

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 4000g 以上の出産）
☐ 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

15. 当院を知ったきっかけを教えてください。(○をつけてください。)

- ・インターネット、口コミ ・ご家族、ご友人の紹介(_____様) ・看板
・他院や健診センターからの紹介

— ご記入ありがとうございました —

***お薬手帳、糖尿病連携手帳、血圧手帳等をお持ちの方は受付でご提出ください。**

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

<2025 年 10 月改訂>