

糖尿病問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

糖尿病を初めて指摘されたのは何歳ぐらいですか？ <input type="checkbox"/> () 歳の時 <input type="checkbox"/> 今回が初めて
今回ご来院されたきっかけを教えてください <input type="checkbox"/> 健康診断で指摘を受けた <input type="checkbox"/> 症状があった <input type="checkbox"/> 他の病院で指摘を受けた <input type="checkbox"/> その他 ()
次の症状はありますか？ <input type="checkbox"/> のどの渇き <input type="checkbox"/> 多飲 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 体重が急に減った <input type="checkbox"/> 体重が急に増えてきた <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 足底や足先のしびれやピリピリ感 <input type="checkbox"/> 足の冷感 <input type="checkbox"/> 足のむくみ <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 目がかすむ <input type="checkbox"/> その他 ()
糖尿病の治療はどうされていますか？ <input type="checkbox"/> 特に治療はしていない <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 食事療法と運動療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる (お薬名：)
身長と体重歴を教えてください。 現在の身長 () cm 現在の体重 () kg 20歳頃の体重 () kg 過去最高体重 () 歳頃に () kg (※妊娠中は除く)
過去または現在、以下の病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> その他 ()
眼科に通院したことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終受診日 () 年ごろ)
現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
家族 (血縁者) に次の病気の方はいますか？いる場合は続柄を記入してください。 <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 脂質異常症 () <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 脳梗塞 () <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 ()
喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間)) 飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 ()
食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)
当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()

※ご協力ありがとうございました。