

## 【 糖尿病問診票 】

フリガナ	生年月日				
氏名	男・女	S・H・R	年	月	日 年齢 歳
住所 〒					
電話番号 (自宅)			(携帯電話)		
1 身長と体重を教えてください 現在の身長 ( ) cm 現在の体重 ( ) kg 20歳時の体重 ( ) kg ピーク時の体重 ( ) 歳の時に ( ) kg					
2 糖尿病と診断されたのは何歳の時ですか ( ) 歳					
3 診断されたきっかけは何ですか <input type="checkbox"/> 健康診断で指摘を受けた <input type="checkbox"/> 前医で指摘された <input type="checkbox"/> 症状があった <input type="checkbox"/> その他 ( )					
4 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"/> 急に体重が減った <input type="checkbox"/> 体重が急に増えた <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"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 目がかすむ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
5 糖尿病の治療はどうされていますか <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 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: )					
6 眼科を受診していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 最終受診日 ( ) ごろ					
7 今までに糖尿病以外で大きな病気にかかったことはありますか。または治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※該当する項目に○をつけて詳細をご記入ください ( ) 高血圧症・脂質異常症・心筋梗塞・狭心症・肝臓病・腎臓病・緑内障・脳梗塞・脳出血・前立腺肥大 その他 ( )					
お薬は飲んでますか? ※お薬手帳などをお持ちでしたらご用意下さい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )					
8 血縁関係のある方で、糖尿病の方はいらっしゃいますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (どなたですか: )					
9 薬や食べ物、その他のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )					
10 嗜好品について 喫煙歴: なし・あり ( _____本/日、 _____歳から _____歳まで) 飲酒歴: なし・あり (種類: _____、 _____ml/日、 _____日/週) ・たまに飲む程度					
11 女性の方へ。現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳されていますか? <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 )					
12 緊急時の連絡先を教えてください。 お名前 _____ (続柄 _____) 電話番号 _____					
13 当院を何でお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
14 マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

当院は診療情報を取得・活用することで、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。