



<糖尿病で受診・入院される方への問診票>

※検査結果や服用中の薬がわかるお薬手帳などありましたら、問診表と併せてご持参ください。

※可能な限りでお答えください。

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日 歳		性別 男・女
住所 〒			
連絡先			
申込医			
紹介元医療機関			
入院予定日	年 月 日 ~		年 月 日
身長	cm		
体重	現在	kg	20歳の時の体重 kg
	過去の最大体重		kg (歳ごろ)

該当する箇所には☑をしてください。

受診の理由	<input type="checkbox"/> 自宅に近いため	<input type="checkbox"/> 転居のため	<input type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 人に勧められて
	<input type="checkbox"/> 紹介状を持参した	<input type="checkbox"/> かかりつけを変えたい	<input type="checkbox"/> その他	
診断された きっかけ	診断された当時の年齢 歳ごろ			
	<input type="checkbox"/> 健診、人間ドックで指摘	<input type="checkbox"/> 症状がみられた	<input type="checkbox"/> 他の病気の治療中に医師から指摘	
現在の症状	<input type="checkbox"/> 特にない	<input type="checkbox"/> のどの渇き	<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い (1日に 回位)	<input type="checkbox"/> 体重が減った () kg
	<input type="checkbox"/> 体重が増えた () kg	<input type="checkbox"/> 体のだるさ	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 足のむくみ
	<input type="checkbox"/> 血圧が高い	<input type="checkbox"/> 両方の足裏 や足先のしびれ	<input type="checkbox"/> 足の感覚が鈍い	<input type="checkbox"/> 足がつる
	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 胃のもたれ
	<input type="checkbox"/> 勃起不全	<input type="checkbox"/> 視力の低下	<input type="checkbox"/> 目のかすみ	<input type="checkbox"/> 動悸
	<input type="checkbox"/> 足の冷え	<input type="checkbox"/> 傷がなかなか治らない	<input type="checkbox"/> その他	

糖尿病以外で治療 中または指摘され ている病気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 脳梗塞
	<input type="checkbox"/> 心臓の病気 (狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他)			
	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 脂肪肝	<input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> その他

家族、親族で該当 する病気の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> その他	

・・・裏面に続く・・・

現在の治療	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> インスリン
-------	-----------------------------	--	-------------------------------	---

入院の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり いつ頃： 入院先
-------	-----------------------------	---

生活状況	<input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 家族同居（ 人） <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

食事について	朝食： 時頃	昼食： 時頃	夕食： 時頃
	間食： <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 時頃		夜食： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり 時頃
	<input type="checkbox"/> 作らない： <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> お店で購入 <input type="checkbox"/> 作る ： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む：ビール・日本酒・サワー・チューハイ・ハイボール・ワイン	
		飲む量（1日のおおよその量）：	
		飲む頻度： <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回位	
アレルギーについて	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：（ ）	
	薬アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：（ ）	

タバコについて	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> やめた（やめてから 年くらい）	
	<input type="checkbox"/> 吸う（ 歳の時から		量：1日 本位

運動習慣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある 内容：	
		頻度： 回/日・週	1回： 分くらい

現在の仕事	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> している（パート・アルバイト含む）			
	<input type="checkbox"/> 休職中	<input type="checkbox"/> 学生（大学/専門学校/高校/ 年）			
	<input type="checkbox"/> 就活中	<input type="checkbox"/> デスクワーク	<input type="checkbox"/> 立ち仕事	<input type="checkbox"/> 肉体労働	
		<input type="checkbox"/> 仕事で車を運転する	<input type="checkbox"/> シフト制	<input type="checkbox"/> 夜勤あり	
	<input type="checkbox"/> 残業多い	<input type="checkbox"/> 出張が多い	<input type="checkbox"/> 単身赴任中		
	<input type="checkbox"/> 土日休み	<input type="checkbox"/> その他（ ）			

ありがとうございました。

