年　　月　　日

問　診　票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

1. 当クリニックを受診される目的（一番困っていること）は何ですか？

① 糖尿病が心配である

② 健診で糖尿病の疑いがあると指摘された

Q　それはいつ頃ですか？（　　年　　月　　日頃）

③ 他院で糖尿病を指摘された。

Q　初めて糖尿病を指摘された日はいつ頃ですか？（　　年　　月　　日頃）

Q　現在、症状はありますか？　　（　**はい・いいえ**　）

はいと答えた方は下記へチェックをお願いします（複数回答可）

□　のどが渇く　□　全身のだるさ　□　多飲　□　多尿　□　短期間の体重減少

□　その他（　　）

2. 嗜好や食事について質問を致します

① 間食はしますか？（例：せんべい、スナック菓子、和菓子など）　（　**はい・いいえ**　）

はいと答えた方は、具体的に同様な食品と、それを摂取する頻度をお答えください

種類：　　量：　　頻度：　1週間で　　日

② 揚げ物や中華料理など油が多いものは食べますか？　　（　**はい・いいえ**　）

はいと答えた方は、具体的に同様なメニューと、それを摂取する頻度をお答えください

種類：　　頻度：1週間で　　日

③ アルコールは飲みますか？　　（　**はい・いいえ**　）

はいと答えた方は、次の質問にお答えください

種類：　　どの位の量：　　頻度：1週間で　　日

＊当てはまるものに○印を付けてください

④ 味付け　　薄い　・　濃い

⑤ 食べる速さ　：　ゆっくり食べる　・　普通　・　早く食べる

⑥ 外食はしますか？　　頻度：1週間で　　日

⑦ タバコは吸いますか？　　はい　（　　本/日）・　いいえ

⑧ 運動　　定期的に運動をしていますか？

種類：　　時間：　　頻度：1週間で　　日

＊お食事を摂る時間は？　＊時間がバラバラの時は18時～23時の間のように記入してください。

＊朝食＿＿＿＿＿＿時頃　＊昼食＿＿＿＿＿＿時頃　＊夕食＿＿＿＿＿＿時頃

3. **これまでに大きな病気にかかったことや、入院されたことがありますか？**

□ ない　　□ ある　病名：　　いつ頃：

4. **現在、飲んでいる常用薬（市販薬・漢方薬・サプリメントを含む）がありますか？**

□ ない　　□ ある　薬品名：

＊　お薬手帳やお薬をお持ちの方は受付へ見せて下さい

5. **これまでに飲み薬や注射で副作用や、食べ物でアレルギーがでたことがありますか？**

□ ない　　□ ある　薬品名：　　食べ物：

6. **父母・兄弟・親戚に糖尿病と診断された方がいられますか？**

□ いない　　□ いる　【どなたか続柄でお答え下さい　　】

7. **現在のご職業は？**

【　　】

8. **あなたの20歳の時の体重と、過去最大体重とその時の年齢をお答え下さい。**

【　20歳：　　kg　】　　【　最大体重：　　kg　　歳　】

＊その他、ご質問や相談事などございましたらご記入ください。

当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。
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。