ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この問診票をご記入の上、下記のものをご持参ください。
- □ 保険証・公費医療証
- □［紹介受診の方］ 紹介状
- □［治療中の方］ お薬手帳もしくは薬剤情報提供書（なければ現在服用中のお薬）
- □［自己注射や自己血糖測定を行っている方］ 現在、使用中の穿刺器具、測定器

初診時糖尿病問診票

記入年月日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

フリガナ
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 男・女　大・昭・平・令＿＿年＿＿月＿＿日生　＿＿歳

主訴	▲ 今回はどうして受診されましたか？ □ 理由・目的・動機など:
体重歴	□ 20歳時の体重は（＿＿＿kg）　□ 過去最大体重は（＿＿＿kg）（＿＿＿歳時）
健診歴	▲ 定期健診・人間ドックは毎年受けていますか？ □ 受けている　□ 受けていない
発症	▲ はじめて糖尿病（尿に糖が出ている、血糖値が高い）と言われたのはいつ頃ですか？ ＿＿＿＿年＿＿月頃　または＿＿＿歳頃　（わかれば　Hb_{A1C}＿＿＿%、　血糖値＿＿＿mg/dl） □ 健康診断　□ 人間ドック　□ 他の病気で病院にかかった時 □ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
治療歴	▲ 上記から本日までに糖尿病の治療はしていますか？ □ 治療していない □ 治療を受けている 受診していた病院名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治療期間:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治療内容（食事療法・経口血糖降下薬の種類と服用量、注射薬の種類と投与量、 および血糖コントロール（Hb_{A1C}など）状況の推移:
既往歴	▲ 現在、治療中の病気があればご記入ください。 □ 高血圧（＿＿歳～）　□ 脂質異常症（＿＿歳～）　□ 脳血管障害（＿＿歳） □ 甲状腺機能異常（＿＿歳～） □ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ▲ 今までに大きな病気での治療歴（入院・手術）があればご記入ください。

女性	▲ 女性の方のみにお尋ねします。 ・妊娠中ですか？　いいえ　・　可能性あり　・　はい（出産予定日＿＿＿＿＿＿） ・授乳中ですか？　いいえ　・　はい ・出産歴　なし　・　あり（何歳の時ですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ・妊娠歴ありの方のみ　・児の生下時体重　第1子＿＿＿＿g　第2子＿＿＿＿g 第3子＿＿＿＿g　第4子＿＿＿＿g ・妊娠中の尿糖　あり　・　なし ・妊娠中の高血糖　あり　・　なし ・妊娠糖尿病　あり　・　なし ・繰り返す自然流産の既往　あり　・　なし ・奇形児出産の既往　あり　・　なし
家族歴	▲ 血縁者に糖尿病の人はいますか？ ☐ いない　☐ いる（あなたとの関係は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ▲ ご家族に肥満の人はいますか？ ☐ いない　☐ いる（あなたとの関係は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ▲ お父さんはご健在ですか？ ☐ 健在 ☐ 病気がある（現在の年齢:＿＿＿＿歳、　病名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ☐ すでに他界している（何歳のとき:＿＿＿歳、　死因:＿＿＿＿＿＿＿、 生前に罹患していた病名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ▲ お母さんはご健在ですか？ ☐ 健在 ☐ 病気がある（現在の年齢:＿＿＿＿歳、　病名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ☐ すでに他界している（何歳のとき:＿＿＿歳、　死因:＿＿＿＿＿＿＿、 生前に罹患していた病名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ▲ その他の血縁者で何か病気をしたことがある人とその病名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
タバコ	☐ 吸わない ☐ 吸っている（＿＿＿歳から、　1日＿＿＿本程度） ☐ 以前吸っていた（＿＿＿歳から＿＿＿＿歳、　1日＿＿＿本程度）
お酒	☐ 飲まない ☐ 飲む　お酒の種類:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 飲む頻度:　1週間に＿＿＿回　・　機会飲酒（付き合い程度） 1回に飲む量:
生活歴	▲ ご職業は何をされていますか？ ☐ 無職　☐ 専業主婦　☐ その他:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ お仕事をされている方のみにお尋ねします。 ・お仕事はどういった内容ですか？　また体力は使いますか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ ご結婚はされていますか？ ☐ 未婚　☐ 既婚　☐ 離別後　☐ 死別後 ▲ 現在、一緒に暮らしているのはどなたとですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ 食事を作られるのは誰ですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ 運動習慣はありますか？ ☐ なし　☐ あり（内容と頻度:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
アレルギー	▲ 薬剤アレルギーはありますか？ ☐ なし　☐ あり（薬品名・症状:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ▲ その他のアレルギーはありますか？ ☐ なし　☐ あり（内容・症状:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

病識	▲ 糖尿病がどういう病気か知っていますか？ ☐ 知っている　☐ 少し知っている　☐ よくわからない ▲ これまで糖尿病に関する教育を受けたことがありますか？ ☐ 受けたことがある　☐ 受けたことがない ▲ 食事療法（適正な摂取エネルギー量と栄養バランス）について知っていますか？ ☐ 知っている　☐ 少し知っている　☐ よくわからない ▲ 運動療法の意義について知っていますか？ ☐ 知っている　☐ 少し知っている　☐ よくわからない ▲ 糖尿病の合併症について知っていますか？ ☐ 知っている　☐ 少し知っている　☐ よくわからない
症状	▲ 現在、自覚症状はありますか？（複数回答可） ☐ のどが渇く（ ＿＿年＿＿月頃から）　☐ 尿の量・回数が多い（　　年　　月頃から） ☐ 全身がだるい、疲れやすい（　　年　　月頃から）　☐ 目がかすむ（　　年　　月頃から） ☐ 手足のしびれ、違和感（　　年　　月頃から） ☐ 立ちくらみ（　　年　　月頃から）　☐ 月経異常（　　年　　月頃から） ☐ ED（勃起不全）（　　年　　月頃から） ☐ 体重が急激に減った（　　年　　月頃から、＿＿＿年で　＿＿＿kg→＿＿＿kg） ▲ その他、気になる症状や不安なことがあれば、以下にご記入ください。
合併症	▲ 眼科を受診したことがありますか？ ☐ なし　☐ あり ・ 病院名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ・ 最後に受診した時期:＿＿＿年＿＿＿月頃 ・ 眼科病名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ 糖尿病腎症、その他の腎臓病と言われたことがありますか？ ☐ なし　☐ あり（糖尿病腎症＿＿＿期、　その他の病名:＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ 神経障害の症状の有無についておたずねします。 ・ 手足にしびれや違和感、痛みがありますか？　☐ なし　☐ あり ・ 立ちくらみがありますか？　☐ なし　☐ あり ▲ 心筋梗塞もしくは狭心症を起こしたことがありますか？ ☐ なし　☐ あり　発症時期:＿＿＿年＿＿＿月 医療機関名:＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ 脳卒中（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血など）を起こしたことがありますか？ ☐ なし　☐ あり　発症時期:＿＿＿年＿＿＿月 医療機関名:＿＿＿＿＿＿＿＿ ▲ 足の血管病（末梢血管障害（PAD）、閉塞性動脈硬化症など）はありますか？ ☐ なし　☐ あり　発症時期:＿＿＿年＿＿＿月 医療機関名:＿＿＿＿＿＿＿＿
その他	▲ 今日最後の食事は何時に食べ始めましたか？ ＿＿＿＿時＿＿＿分頃
介護	▲ 40歳以上の方のみにおたずねします。 現在、介護保険を利用されていますか？ ☐ なし　☐ あり（介護区分:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
睡眠	▲ 1日の睡眠時間:＿＿＿＿＿時間程度 ☐ 不眠　☐ 眠りが浅い　☐ 睡眠中の覚醒（＿＿＿回程度） ☐ 昼間の眠気　☐ いびき ☐ 睡眠時無呼吸症候群（ 治療していない　・　治療中＿＿＿歳～）
便通	☐ 快便　☐ 便秘と下痢を繰り返す ☐ 便秘　☐ 便秘気味（便意がない状態が続いたのは最長＿＿＿日間 ☐ 下痢ぎみ　☐ 下痢
低血糖	▲ 低血糖により意識消失や救急搬送の経験はありますか？ ☐ なし　☐ あり

ご協力ありがとうございました。