

ID  
氏名

様

## 糖尿病用問診票

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名				(いずれかに○)
生年月日	大正・昭和・平成・西暦	年 月 日生	満	歳
住所	〒 -			
自宅電話		携帯電話		
1. 今日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
2. 本日、受診した理由を伺います。 ・通院希望 ・検査希望 ・紹介状持参 ・その他( )				
3. 今までにかかった病気、怪我、入院、手術などはありますか？ ( ) ( ) ( )				
4. あなたの体重について ※20歳頃の体重？ ( )kg ※これまでもっとも太った時の体重は何kgですか？ ( )歳頃( )kg				
5. 糖尿病の治療歴について ※これまでに糖尿病の治療を受けたことがありますか？ はい いいえ ※上記の質問で、はいと答えた方に伺います。 ○栄養指導を受けたことがありますか？ はい いいえ ○(はいと答えた方のみ) 1日の指示エネルギー ( )kcal ○内服薬(飲み薬)を処方されたことはありますか？ はい(薬品名 )いいえ ○インスリン注射をしたことはありますか？ はい(薬品名 )いいえ ○眼科受診(眼底検査等)をしたことはありますか？ はい いいえ				
6. 祖父母、両親、兄弟、子供、おじ、おば、で該当する病気の方がいらっしゃいますか？ ・糖尿病 ・脳梗塞 ・脳出血 ・くも膜下出血 ・高血圧症 ・心臓病 ・結核 ・肝臓病 ・がん				
7. アレルギーの有無について ○食品 あり( ) なし ○薬品 あり( ) なし				
8. 嗜好品について ○喫煙 吸っている ( 年間) 吸わない 過去に吸っていた ( 年間) ○アルコール 飲む(量 )(週 回) 飲まない				

看護師確認