

# 糖尿病に関する問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 来院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※診察や検査等の参考にさせていただきますので、該当する項目を○で囲み、空欄には必要事項をご記入下さい。

【1】 次の症状で当てはまるものの番号に○を付けて下さい。

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. のどが渇き、水分をたくさん摂っている | 6. 胸部が発作的に痛んだり重苦しくなる  |
| 2. 尿の量が増えた            | 7. めまい・立ちくらみがする       |
| 3. 食べているのにやせてきた       | 8. 動悸・息切れ・不整脈がある      |
| 4. 全身がだるい             | 9. 筋肉・関節（膝や腰）が痛むことがある |
| 5. 視力が低下した            | 10. その他気になることがある      |

( \_\_\_\_\_ )

【2】 現在、または以前に他医療機関を含めて治療したり、経過観察を受けている病気（異常を含む）

はありますか。( いいえ ・ はい・・・ )

- |                      |         |        |            |
|----------------------|---------|--------|------------|
| ① 糖尿病                | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| 境界域（型）               | _____ 才 |        |            |
| ② 高血圧                | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ③ 高脂血症               | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ④ 狭心症・心筋梗塞           | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑤ 痛風（高尿酸血症）          | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑥ 甲状腺疾患（病名：_____）    | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑦ 胃・十二指腸疾患（病名：_____） | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |
| ⑧ その他（肝臓病、結核など）      | _____ 才 | 服薬：有・無 | 治療状況：_____ |

【3】 今までに手術をしたことがありますか。

- |        |             |         |           |
|--------|-------------|---------|-----------|
| 1. いいえ | 2. はい・・・胃切除 | _____ 才 | 病名等：_____ |
|        | その他の手術      | _____ 才 | 病名等：_____ |

【4】 定期的に人間ドックまたは健康診断を受けられていますか。

- |        |                    |              |
|--------|--------------------|--------------|
| 1. いいえ | 2. はい・・・最終_____年 月 | ①異常なし        |
|        |                    | ②所見あり（_____） |

【5】 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

- |        |       |
|--------|-------|
| 1. いいえ | 2. はい |
|--------|-------|

【6】 1. 現在、体重の変化はありますか。 ①変化なし ②減少 ③増加

2. 今までの最高体重はどれくらいでしたか。 \_\_\_\_\_ Kg ( \_\_\_\_\_ 才頃)

裏面に続きます

【 診療所こころとからだの元氣プラザ 】

3. アルコールは飲まれますか。

- ①飲まない ②飲む… a. 月1~2回 b. 週1~2回 c. 週3~4回 d. 週5~6回  
e. ほとんど毎日

主な種類と平均的な1回の量： \_\_\_\_\_

4. タバコは吸われますか。

- ①吸わない ②吸っていたが禁煙した ③吸う…1日平均 約 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間

【7】注射や内服薬、食物等によりアレルギー反応（発疹やショック等）を起こしたことがありますか。

1. いいえ 2. はい・・・薬品名、食物名： \_\_\_\_\_

【8】ご家族（父母、祖父母、叔父、叔母、兄弟姉妹、子供）で、次のような病気にかかった方やかかっている方がおられますか。（できるだけ詳しくお書き下さい）

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 糖尿病          | 5. がん           |
| ①いいえ ②はい… _____ | ①いいえ ②はい… _____ |
| 2. 高血圧症         | 6. 脳卒中          |
| ①いいえ ②はい… _____ | ①いいえ ②はい… _____ |
| 3. 高脂血症         | 7. 甲状腺疾患        |
| ①いいえ ②はい… _____ | ①いいえ ②はい… _____ |
| 4. 心筋梗塞・狭心症     | 8. 肥満           |
| ①いいえ ②はい… _____ | ①いいえ ②はい… _____ |

【9】現在、同居しているご家族についてお伺いします。

1. ひとり暮らし  
2. 家族と同居している・・・配偶者・子供 \_\_\_\_\_ 人・父・母・その他（ \_\_\_\_\_ ）計 \_\_\_\_\_ 人

【10】女性の方のみお答え下さい。

- |           |         |              |               |
|-----------|---------|--------------|---------------|
| 1. 月経について | ①規則的    | ②不規則         | ③閉経（ _____ 才） |
| 2. 妊娠について | ①していない  | ②可能性あり       | ③妊娠中          |
| 3. 出産について | ①異常分娩   | ②正常分娩        |               |
| ・妊娠中の異常   | ①なし     | ②あり（ _____ ） |               |
| ・出生児体重    | _____ g | _____ g      | _____ g       |

【11】マイナ保険証読み取り時に診療情報取得に同意しましたか？（受付でマイナンバーカード読み取りをした方に限る）

1. いいえ 2. はい 3. マイナンバーカード非使用

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

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】を算定します（初診時に2点または6点）

※マイナ保険証利用の有無、および過去の情報提供同意の有無などにより点数が変わります。