

# 糖 尿 病 問 診 票

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 才

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

- いつ、どこで糖尿病といわれましたか。
- その後どこで、どのような治療をしましたか。  
食事：指示カロリー  
経口糖尿病剤の名前、1日量  
インスリンの名前、1日量
- 何か自覚症状はありますか。  
口渇 多飲 多尿 夜間尿 倦怠感 体重減少
- 最大体重は何キログラムでしたか。そのとき何歳でしたか。  
20才時の体重：  
現在の身長： 体重：
- 平均的な食事内容（朝食、昼食、夕食、間食）を書いてください。  
朝：  
昼：  
夜：  
間食：  
アルコール：
- 好きな食べ物、嫌いな食べ物は何ですか。
- 飲酒は週に何回、何をどれくらい飲みますか。
- 宴会や付き合い多いですか。
- 通勤時間と通勤方法を書いてください。
- 一緒に暮らしている人と食事を作る人を書いてください。
- 運動量：週に何回 どのような運動か：
- 精神状態：
- 職業は座業か、動くか。

# 問 診 表

No.

令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
住 所	〒
T E L	( )
携帯番号	( )
生 年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 才 ヶ月)
	※15歳未満の方は 体重を記入して下さい ( k g )
職 業	

1. どうしましたか？

2. それは、いつからですか？

3. 今までに 大きな病気、けが、手術をしたことがありますか？

ある ( 才の頃) ない

4. 今までに 薬によるアレルギーを起こしたことがありますか？

ある ない

5. 現在、服用している薬がありますか？ (お持ちの方はお薬手帳をお出してください)

ある ない

※ジェネリックを希望されますか？ ( はい いいえ )

6. 現在、他の病院に通院されていますか？

ある ない

7. 妊娠の可能性は ありますか？

ある ない

8. その他、心配なこと、聞きたいことがあったら ご記入下さい。