

友部セントラルクリニック(TCC) 初診時 糖尿病 問診表

* 当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。

ふりがな	生年月日	職業
お名前	年 月 日 歳	

身体状況/生活状況把握の為の問診ですが、ご不明の点はお尋ねください。

わかる範囲でお答えください。

【1】 当院のことを何でお知りになりましたか？

医療機関の紹介 ・ 看板 ・ インターネット ・ 知人紹介 ・ その他()

【2】 本日受診されたきっかけは何ですか？

- ・健診で指摘されたから ・他院からの紹介(診療情報提供書 有 ・無)
- ・血糖が心配だから ・専門医を希望して ・血圧が心配 ・コレステロールが心配
- ・糖尿病の継続治療 ・身内に糖尿病があるので心配だから
- ・その他()

【3】 現在、治療中の病気(有 ・ 無) (あてはまる項目に○をつけてください)

- ・高血圧 ・高脂血症 ・甲状腺 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳梗塞/脳卒中 ・腎臓病
- ・癌 ・肝炎 ・不整脈 ・結核 ・痛風 ・胆石
- ・その他()

【4】 現在服用されている処方薬はありますか？(ある ・ ない)

市販薬やサプリメントは服用されていますか？(ある ・ ない)

【5】 既往歴(今までにかかった病気や大きな怪我・入院歴や手術歴など 例:20歳 虫垂炎手術)

【6】 次のような症状はありますか？ (あてはまる項目に○をつけてください)

- ・体がだるく疲れやすい ・のどが乾き、飲み物をよく飲む
- ・尿の量や回数が多い (尿回数 昼 回・夜 回/日) ・便秘しやすい(1回/ 日)
- ・食欲がない ・最近太ってきた ・最近やせてきた
- ・下痢しやすい ・手先がしびれる ・足先がしびれる
- ・足先がピリピリ痛む ・足の裏に何か張り付いた感じがする ・足先が冷たい
- ・脚がむくむ ・皮膚が痒い ・おできがしやすい
- ・めまい・立ちくらみがする ・目がかすむ ・視力の低下
- ・歯槽膿漏がある ・胸が痛い ・足が痛い
- ・腰が痛い ・生理不順
- ・その他()

過去最大の体重 ()kg _____歳頃 20歳のときの体重()Kg

減量の経験はありますか？(ある ・ ない) リバウンド経験はありますか？(ある ・ ない)

スポーツの経験はありますか？()

【7】 当クリニックまでの交通手段/所要時間

・徒歩()分 ・自転車()分 ・自家用車(運転者)()分 ・その他()

……裏面もあります。

【8】現在の同居者とその方の年齢 同居者()年齢()
同居者()年齢()

【9】家族歴について

病気の有無(高血圧/糖尿病/甲状腺/癌/脳梗塞/脳卒中/狭心症/心筋梗塞の有無)に対して
ご記入ください。

実父: 歳(状況:) 実母: 歳(状況:)
ご兄弟:()
配偶者:()
子供:()

【10】(女性の方へ) 妊娠()回 出産()回 妊娠中の異常(有・無)
出産時の異常(有・無) 巨大児の出産(有・無)

【11】アレルギー(有・無)

・食べ物() ・薬()
・花粉症 ・アトピー ・じんましん ・喘息 ・その他()

*****生活習慣についてお聞きます*****

【12】飲酒(しない・ _____回/週・ほぼ毎日・毎日)

一日の飲酒量は()を(ml)

【13】たばこ 吸う(一日平均 _____本 _____歳から)

吸わない(もともと非喫煙者/()歳で禁煙した)

【14】お食事について:1日()食...朝 _____時頃・昼 _____時頃・夕 _____時頃

過食(有・無) 偏食(有・無)

間食(有・時々・無)...内容 _____

外食(しない・時々・毎日)...内容 _____

スーパー・コンビニ弁当の利用(しない・時々・毎日)...内容 _____

主な調理者()

○あてはまる項目にまるをつけてください

・早食いである ・揚げ物が好き ・甘いものが好き ・宴席が多い ・野菜が嫌い

・食事の時間が不規則 ・缶コーヒーやジュースなど糖分のはいった飲み物をよく飲む

水分量()ml/日 (主な飲み物:)加糖飲料(種類:)

栄養指導受講(有・無) いつ頃() どちらで()

糖尿病教室(有・無) いつ頃() どちらで()

食生活で気をつけていることがあればお書き下さい。

()

【15】歩行状態について(問題なし・杖歩行・車椅子・シルバーカー使用・その他)

【16】運動(・する・しない)

運動の種類() 万歩計/活動量計(有・無)

頻度(・毎日・週に _____回・月に _____回) 1回の時間(_____分)

運動を行う時間帯はいつですか?(_____)

運動時に気をつけていることがあればお書き下さい(_____)

【17】仕事の種類・内容(_____)体を使う程度(軽い・中程度・重労働)

勤務時間(_____) 休日(_____)

【18】趣味・習慣がありましたら教えてください。(_____)

【19】睡眠状態 (良好・普通・不眠) 就寝時刻(_____) 起床時刻(_____)

睡眠薬の使用(有・無)

*****糖尿病と診断を受けている方のみ、おわかりになる範囲でお答え下さい*****

- 【1】初めて糖を指摘されたのはいつ・どこですか？()歳頃に()で指摘された。
- 【2】初めて糖尿病と診断されたのはいつですか？ ()歳頃 ・ 今回はじめて
- 【3】今までに糖尿病の治療を受けたことが (ある ・ ない)
- ① 食事療法を始めたのはいつですか？(年 月頃/ 歳～ Kcal/日)
- ② 運動療法を始めたのはいつですか？(年 月頃/ 歳～)
- ③ 薬物療法を始めたのはいつですか？(年 月頃/ 歳～ 内服:種類)
(年 月頃/ 歳～ 内服:種類)
(年 月頃/ 歳～ 内服:種類)
(年 月頃/ 歳～ 自己注射:種類)
- ④ 血糖自己測定は実施されてますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑤ 低血糖の経験はありますか？ (ある ・ ない)
- ⑥ 低血糖ある方へ:起こる頻度 (回/ 日 ・ 週 ・ 月)
- ⑦ 糖尿病で入院したことはありますか？ (年 月頃/ 歳 回数)
- ⑧ 眼底検査を受けたのはいつですか？ (年 月頃/最終 歳・受けたことがない)
- ⑨ 足の状態について(・異常無し ・水虫がある ・深爪である ・腫れている ・傷がある
・魚の目胼胝がある ・自分で爪きりが出来ない ・外反母趾がある)
* 皮膚科受診(有 ・ 無)
- ⑩ 治療中断期間はありますか？(はい ・ いいえ)

* 現在困っていること、知りたいこと、これから始めようと思っていることなどご自由にお書き下さい

()

***** 下記、全員へお尋ねします。*****

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います。
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。

●医療情報取得加算(初診時) 加算 1 3点 加算 2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

- 【1】マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？ (はい ・ いいえ)
- 【2】他の医療機関からの紹介状は持っておられますか？ (はい ・ いいえ)
- 【3】この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

記入日 年 月 日

ご協力ありがとうございました。記入されましたら受付までお戻しく下さい。