

糖尿病問診票

氏名 _____

1. ご自身のこと

家族構成：() 人暮らし

同居者（夫・妻・父・母・祖父・祖母・子供・その他 ()

仕事内容 営業 デスクワーク 運転手 家事 その他 ()

シフトワーク 有 無

2. 糖尿病のこと

・糖尿病と診断されたのはいつ頃ですか？ () 歳

・診断のきっかけは何ですか？

（健診・その他の病気で受診、又は入院した時・糖尿病様の症状があり受診した時）

・糖尿病教育入院のご経験はありますか

なし あり

・いつ頃どこの病院で教育入院を受けましたか？

() 歳頃 病院名 ()

・血縁の方に糖尿病の方はいますか？

なし あり (父 母 兄弟 祖父母 その他)

・自覚症状はありますか？

なし あり

(渇 尿回数が増えた 疲れやすい 足しびれ その他)

・眼科受診をしていますか

なし あり (前回受診日：) 眼科名 ()

・20歳の時の体重を教えてください () kg

・過去最高体重を教えてください () kg () 歳の時

3. 生活のこと

・食事は一日に何回とられていますか？ (1・2・3・4) 回

・どなたが調理をされますか？ ()

・食事を摂取される時間を教えてください。

朝：() 時頃 昼：() 時頃 夕：() 時頃

・食事以外でお菓子やジュース等間食をされますか？

なし あり

(内容：) (頻度：)

※裏面もありますので記入よろしくお願ひします。

- 外食はしますか
なし あり
(内容：) (頻度：)
 - 栄養指導を受けたことがありますか？
なし あり
 - 運動は行っていますか？
なし あり
(内容：散歩・自転車・水泳・ランニング・体操・その他)
(頻度：1回に()分を毎日・週末・週に1~3回・月に数回・その他)
 - 飲酒習慣はありますか
なし あり
種類：ビール・焼酎・酎ハイ・日本酒・ワイン・その他 ()
量：1回 杯
頻度：機会飲酒・週に()回・月に()回
 - タバコは吸いますか
なし 以前あり あり
約()本×()年
 - 現在、糖尿病薬を飲んでいますか？
※お薬手帳があれば提出をお願いします。
なし あり
(薬の名前：)
 - インスリン注射を行っていますか？
なし あり 以前注射していた
(注射の名前：)
 - 自己血糖測定を行っていますか？
なし あり
 - 低血糖のご経験はありますか？
なし あり (対処法：)
 - 足の状態をチェックしてもらった事がありますか？
なし あり
 - ご自身で足の観察をされていますか？
なし あり
- 【検査の最終日をお書きください】
- | | |
|------------|-----------|
| 眼科 () | 胃の検査 () |
| 胸部レントゲン() | 大腸の検査() |
| 心電図 () | 歯科の検査 () |