

糖尿病外来問診票

受診日 平成 年 月 日

お名前 _____ 様 年齢 _____ 歳

ご住所 _____

電話番号（携帯可） _____

◎ 今日どのような症状で受診されましたか？

- ・いつから（ ）
- ・どのような症状で（○をつけて下さい）

口が渇く 尿の量・回数が増えた 体重減少 足の冷感 しびれ
その他（ ）ご記入ください

◎ 今までにかかった事のある病気はありますか？（はい・いいえ）

糖尿病 高血圧 高脂血症 脳卒中 心臓病
その他（ ）

◎ 現在通っている病院・眼科はありますか？（はい・いいえ）

病院名（ ）（ ）
眼科（ ）

◎ 内服しているお薬はありますか？（はい・いいえ） ※お薬手帳がある方は一緒に出してください。

[_____]

◎ これまでに糖尿病の治療をうけたことがありますか？（はい・いいえ）

教育入院 内服薬 インスリン治療 その他（ ）

◎ 血縁者に糖尿病・高血圧・脳卒中・心筋梗塞の方はいますか？

糖尿病（ ） 高血圧（ ） 高脂血症（ ） 脳卒中（ ） 心筋梗塞（ ） 不明（ ）

◎ アレルギーはありますか？

- ・薬のアレルギー はい（ ）・いいえ
- ・食物のアレルギー はい（ ）・いいえ
- ・その他（ ）

◎ たばこを吸いますか？（はい・いいえ） 以前吸っていた（ ____歳から 1日 ____本）

◎ お酒を飲みますか？（はい・いいえ）（量： _____）

◎ 食事について

- ① 食事回数 1日（ ）回
- ② 外食はしますか？ 週に（ ）回・ほとんどない
- ③ 間食をしますか？ はい・いいえ

◎ 体重の変化 最近太った・最近やせた・変わらない

過去最高の体重（ ）歳の時（ ）kg. 20歳の頃の体重（ ）kg

◎ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

・ホームページ ・友人の紹介 ・地下鉄の看板 ・チラシ ・雑誌

◎ （女性の方）妊娠中または妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ）

ご記入ありがとうございました

【看護師記入欄】

身長（ ）cm 体重（ ）kg 食事の有無 空腹・最終食事時間 時 分