

糖尿病に関する問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ

氏名

性別 男 / 女 生年月日 T/S/H

年 月 日 () 歳

〒

住所

職業

☎

携帯

1. 今まで糖尿病と言われたり、糖尿病の「疑い」があると言われたことがありますか？
 ある → ・糖尿病と診断 ・境界型または予備群 ・血糖が高い ・いずれかに○を
 ない
2. あると答えた方は
 いつ頃ですか？ () 歳 そのときの体重は？ () kg
 そのときの症状 または検査値（血糖値・HbA1c）はおわかりですか？
3. 糖尿病の治療を他の病院で受けたことがありますか？
 ある ない
4. 糖尿病の治療を他の病院で受けたことがある方は
 いつから、いつまで治療をしていましたか？
年 () 歳から 年 () 歳まで
 定期的に治療を受けていましたか？
 はい いいえ
5. どのような治療を受けていましたか？
 食事療法
 経口薬（種類；) お薬手帳をお出してください。
 インスリン（種類；)
6. 今まで一番体重が多かったのはいつ頃で、何 kg でしたか？
() 歳ころ () kg
7. 20 歳頃の体重は何 kg でしたか？
() kg
8. ご両親、ご兄弟姉妹など 近親者に糖尿病の方はいらっしゃいますか？
 いる () いない
9. 女性の場合、4000g 以上のお子さんを出産したことがありますか？
 ある ない
10. タバコを吸いますか？
 吸う 1 日 () 本 () 歳から 吸わない
11. お酒を飲みますか？
 飲む 週 () 回 飲まない