

糖尿病・生活習慣病外来 初診問診票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名	(女・男)		
生年月日	大昭平	年	月 日 (才)
住所	〒	—	府県 市 区
自宅電話番号	()	—	
昼間の連絡先 (自宅以外の場合)	()	—	連絡先名

Q1. どのような症状で受診されましたか。いつ頃からどのような症状に気づいたかを簡潔に書いてください。

昭和 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日頃から病気を初めて指摘された年齢 () 歳 罹病期間 () 年
現病歴

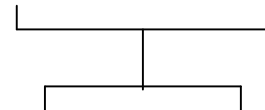
Q2. 糖尿病、高血圧、高脂血症の病気で現在通院中または過去に通院していた、あるいは他の医師から受診を指示された、のいずれかに該当しますか

いいえ → Q3へ

- はい →
- 糖尿病・高血圧・高脂血症の薬を飲んでいる、または飲んでいた
薬の名前 () 飲み薬を開始した年齢 () 歳
 - インスリン注射をしている、またはしていた
薬の名前 () インスリンを開始した年齢 () 歳
 - 食事療法のみ
 - 教育入院の経験あり

Q3. 家族、血縁者に糖尿病や高血圧、高脂血症、心筋梗塞、脳梗塞はありますか？

いいえ はい



キーパーソン・連絡先 ()

Q4. 現在、他の病気はありますか？

- 糖尿病 高脂血症 高血圧 心筋梗塞 脂肪肝 不整脈 慢性肝炎
 脳梗塞 肝硬変 痛風 狭心症 神経障害 網膜症 腎症

上記以外に大きな病気で通院や入院をしたり、手術を受けたことがあれば記入してください

(.....
)

眼科受診の有無 有 () 無

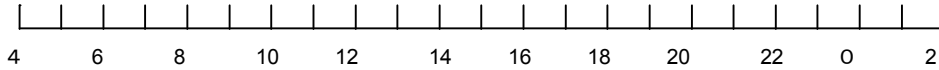
現在の生活習慣について

Q5.過去の最大体重について

過去の最大体重 () kg () 歳の時

20歳の時の体重 () kg

タイムスケジュール



Q6. 栄養状況

食事内容 朝() 昼() 夕() 間食()
調理者()

Q7. タバコを吸いますか

いいえ はい (1日 本)

Q8. お酒は飲まれますか

いいえ はい (おおよその回数と量)

Q9. 運動

特にしていない
 毎日 週 () 回 月 () 回
運動内容 () 運動時間 () 分

Q10. 仕事

軽労作 : デスクワークが主の人、主婦など
 普通の労作 : 立ち仕事が多い職業
 重労作 : 力仕事が多い職業

Q11. これまでに飲み薬や注射で副作用の出たことがありますか

いいえ はい (薬の名前と副作用の症状について、わかる範囲で記入してください)

(.....)

Q12. 当院を選ばれた理由に○をつけてください(複数回答可)

1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている
2. 家族がすみれ病院・クリニックにかかっている
3. 知人に薦められた、または評判を耳にした
4. 他の病院・医院から紹介された
5. すみれ病院・クリニックを紹介している雑誌・本を見た
6. すみれ病院・クリニックのホームページを見た
7. その他

Q13. 最後にもしあなたの病気が、がんであった場合にご自分に病名を知らせてほしいですか

1. 自分に知らせてほしい
2. 自分には知らせないでほしい
3. 初期のがんで治る見込みのあるときだけ知らせてほしい
4. わからない