

# 〈 内科(糖尿病外来)問診票 〉

受診日 年 月 日

ふりがな

名前

年齢

歳(男・女) 生年月日

T  
S  
H  
R

年 月 日

(〒 - )

住所

職業  
学校(学年)一人来院  
同伴者有( )

自宅電話

携帯電話

身長

cm・体重

kg

※この問診票は診療、治療以外の目的には使用しません。ご協力お願い致します。

1 今回、糖尿病外来を受診された理由についてお聞かせください。

- ①健診などで指摘された(いつ頃：  
 ②他病院からの紹介や転院(病院・クリニック名：  
 ③自覚症状がある

(倦怠感・口渇・多飲・多尿・視力障害・体重の変動：はい いいえ)

T:		℃
BP:	/	mmHg
P:		回(整・不整)
R:		
SPO2:		%

2 現在、糖尿病に対して治療されていますか？

- ①食事指導( kcal/食事指導を受けましたか：はい いいえ)  
 ②内服治療(内容を覚えていますか：はい いいえ)  
 ③インスリン療法(内容を覚えていますか：はい いいえ)  
 ④眼科通院している( 眼科) ⑤治療していない

3 ご家族に糖尿病の方はいますか？

- ①いる(父・母・兄弟・祖父母) ②いない

4 生活状況をお聞かせください。

- ・ご職業( ) → 業務は(軽労働・中労働・重労働) / 仕事はしていない  
 ・生活は不規則ですか ①はい(具体的に ) ②いいえ  
 ・現在、運動の習慣はありますか ①ある(具体的に ) ②ない  
 ・喫煙していますか

- ①喫煙している ②以前喫煙していた ③喫煙したことがない

1日の喫煙本数 本/日 喫煙を始めた年齢 歳 やめた年齢 歳

5 今までにかかった事のある病気はありますか？

 病名： 病院名： 何歳頃： 治療内容：入院・手術・内服  
 病名： 病院名： 何歳頃： 治療内容：入院・手術・内服

\*裏面にも続きます

6 食生活についてお聞かせください。

- ・食事の準備をするのはどなたですか (自分・家族・その他 )
- ・あてはまるものに○をつけてください
- ( ) てんぷらやコロッケなど揚げ物が好き ( ) 味付けは濃い方だ
- ( ) 清涼飲料水(炭酸飲料も含む)が好き ( ) アルコールを飲む
- ( ) おやつをよく食べる ( ) 果物をよく食べる
- ( ) ご飯や麺類、パンなどをたくさん食べる ( ) 早食いだ
- ( ) インスタント食品をよく食べる ( ) 外食をよくする
- ( ) 寝る前2時間以内に食事をとることが多い ( ) 食事を抜くことがよくある

7 治療に対するご希望がございましたらお聞かせください。

- ①食事・運動療法のみ(栄養指導を 希望する・しない)
- ②内服治療をしても良い
- ③インスリン療法を行っても良い
- ④教育入院を希望します
- ⑤医師の判断に任せる

\*検査結果によって判断しますので、ご希望にお応えできない場合もあります。

8 介護支援についてお聞かせください。(65歳以上の方)

介 護 度	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	社会福祉事業所名				担当ケアマネージャー氏名 (TEL番号)	

何かご要望がありましたら、ご記入ください。