

〈 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。

●マイナンバーカードを利用し受付されましたか？ はい いいえ●はいの方にお聞きします。薬剤情報・特定検診情報の取得に同意されましたか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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 :		°C
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 現在服用中のお薬はありますか？

①なし ②あり (薬名：)

*現在服用中のお薬手帳をお持ちの方はお出しください

4 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

5 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

*裏面にも続きます

6 いびきや日中の眠気がありますか？

- ①はい ②いいえ

7 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

8 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

9 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。

10 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）	

何かご希望がありましたら、ご記入ください。