

問診票 (セカンドオピニオン)

お名前 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

Q. 現病歴についてお書きください。

糖尿病 (1型・2型) ()年 ()月ころ / ()歳ころ / 治療中 経過観察中

治療や血糖測定について当てはまるものに○をつけてください

治療：食事・運動療法、内服、インスリン頻回注射法、インスリンポンプ療法、GLP1受容体作動薬

血糖測定：指先での血糖測定、リブレ、ガーディアンコネクト、ミニメド(ポンプと連動)、デクスコム G6

高血圧 ()年 ()月ころ / ()歳ころ / 治療中 経過観察中

脂質異常症 ()年 ()月ころ / ()歳ころ / 治療中 経過観察中

高尿酸血症 ()年 ()月ころ / ()歳ころ / 治療中 経過観察中

Q. 上記以外のご病気があればお書きください。

()歳のとき 病名 () 手術をした 治療完了 通院中

()歳のとき 病名 () 手術をした 治療完了 通院中

Q. 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか？ ()には(母)などご関係を記入してください。

糖尿病 () 高血圧 () 脂質異常症 ()

心臓病 () 脳卒中 () 腎臓病 ()

癌 () その他 ()

Q. 医師に相談したい内容についてお書きください。

[]

ご協力ありがとうございました。