

問診票 (生活習慣病)

お名前 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

Q. 本日受診された経緯について○をつけてください。

生活習慣病の継続治療希望 ・ 健診で指摘 ・ 医師の紹介 ・ 自覚症状があり検査したい
その他

[_____]

Q. 下記の症状のうち当てはまるものがありますか？ ○をつけてください。

のどが渇く ・ 水分を多くとる（何を飲みますか？ : _____） ・ 尿が多い ・ 体がだるい
目のかすみ ・ 手足のしびれ ・ 足がつる ・ 体重減少（ ）カ月で（ ）kg
その他（ _____)

Q. はじめて病院や健康診断で数値が高いと言われた、または治療を開始したのはいつですか？

糖尿病（ ）年（ ）月ころ /（ ）歳ころ / 治療中 経過観察中
（健診・人間ドックで ・ 体調が悪く病院にいったとき ・ 他の病気で通院中に偶然発見された）

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. 上記以外のご病気についてお書きください。

（ ）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
（ ）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
（ ）歳のとき 病名（ ） 手術をした 治療完了 通院中

Q. 現在お飲みになっている薬はありますか？ なし ・ あり

「あり」の方はお薬の名前をお書きください。*おくすり手帳をご提示いただいた方は記載不要です。

[_____]

Q. 健康診断や人間ドックを定期的に受けていますか？ (はい ・ いいえ)

Q. 体重についてお書きください。

過去最大体重 () kg ()歳頃 20歳頃の体重 () kg

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. 生活習慣や食事についてお伺いします。

一人暮らし 単身赴任 家族と同居 (誰とくらしていますか？)

外食中心 コンビニ食や出来合いの食事が多い 出張が多い

・お食事の時間を教えてください。 朝 () 時頃 昼 () 時頃 夕 () 時頃

・家庭での主な調理者はどなたですか？ ()

・お仕事をされていますか？ (はい ・ いいえ) (内容：)

・夜勤やシフト勤務はありますか？ (はい ・ いいえ)

・間食はしますか？ (はい ・ いいえ) (内容：)

・ソフトドリンクはのみますか (はい ・ いいえ) (内容：)

・運動習慣はありますか？ (はい ・ いいえ) (内容・頻度：)

・アルコールをのみますか？ (はい ・ いいえ) (内容・頻度：)

・煙草を吸いますか？ (吸わない ・ 吸う () 本/日 ・ 禁煙後 () 歳頃 () 本/日)

Q. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ) はいの方は内容をお書きください。

[]

Q. 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

これまでに出産を経験されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

妊娠糖尿病を指摘されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。