

糖質制限・糖尿病治療問診票

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢： _____ 歳
 身長： _____ cm 体重： _____ kg
 既婚： 有 ・ 無 職業： _____

現在までの病歴をご記入お願いします

- ここ1～2ヶ月間に血液・尿検査を実施されていたら下記の項目の数値をご記入下さい。

(検査結果をお持ちの方はコピーを添付してください)

(検査日 年 月 日)

尿蛋白	- ± +	*尿検査
BUN (尿素窒素)	mg/dl	} *血液検査
Cre (クレアチニン)	mg/dl	
HbA1c (グリコヘモグロビン)	%	
空腹時血糖	mg/dl	

- 血糖が高いと指摘されたのはいつ頃ですか。

年 月 日頃

- どこで

病院・診療所・市民検診・職場検診・その他 (_____)

- 糖尿病と診断をされたのはいつ頃ですか。

年 月 日頃

- 現在、糖尿病の治療を受けていますか。

はい (病院名： _____)

(薬剤名： _____)

いいえ

- 現在、インスリンの注射をされていますか。

はい (薬剤名： _____)

(何単位使用していますか。→ 1日に _____ 単位)

いいえ

- ご家族に糖尿病と診断された方がおられますか。(血縁関係のある方のみ)

はい (続柄： _____)

いいえ

- 糖尿病について、現在に至るまでの経過をご記入ください。

裏面もありますので忘れずにご記入下さい。

- 糖尿病によると思われる症状がありますか。(該当するものに全て○をしてください)

はい 1 喉が乾く 2 水分をよくとる 3 尿の量が多い 4 体がだるい 5 体重が減った
6 その他 ()

いいえ

- 糖尿病によると思われる他の症状がありますか。(該当するものに全て○をしてください)

はい 1 目の障害 (物が見えにくい ・ レーザー治療を受けた)
2 腎臓の障害 (血圧が高い ・ 尿に蛋白が出ている)
3 神経の障害 (手足のしびれ ・ 手足の痛み ・ 性生活の障害)
4 その他 ()

いいえ

- 他に病気がある場合は○をしてください。

高血圧 脂質異常症 (高脂血症) 心疾患 (病名:)

肝障害 (病名:) 膵炎 腎障害

その他治療中の病気 (病名:)

アレルギー (アレルギーのある薬、ものなど:)

- 日常生活習慣をお聞かせください。

たばこ 吸う (1日 本) 吸わない

飲酒 する (種類: 量:) しない

睡眠 平均 (時間)

食事 1日に (回) 主に (和食 ・ 洋食) 好き嫌い (有り ・ 無し)

- 入院治療の希望 (有 ・ 無)

- その他、どのようなことでもよろしいのでご記入下さい。(心配・気になること、希望することなど)

- よろしければ、当院の受診理由として当てはまるものを○で囲んで下さい。(いくつでも)

自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介 (紹介者:)

インターネット 医師の勧め (病院名: 医師名:)

その他 ()

表面もありますので忘れずにご記入下さい。