

問診票（糖尿病）

みなみクリニック

ふりがな

お名前

身長	cm
----	----

体重	現在： kg	20歳頃の体重： kg
	過去最大体重： kg（ 歳頃）	

症状	<input type="checkbox"/> のどの渇き	<input type="checkbox"/> 多飲	<input type="checkbox"/> 多尿	<input type="checkbox"/> だるい
	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 体重が急に減った	<input type="checkbox"/> 体重増えた	<input type="checkbox"/> 足の裏や足先のしびれ
	<input type="checkbox"/> 足の冷感	<input type="checkbox"/> 神経痛	<input type="checkbox"/> 足のむくみ	<input type="checkbox"/> こむら返り
	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 胃のもたれ	<input type="checkbox"/> 動悸
	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 勃起不全	<input type="checkbox"/> 視力の低下	<input type="checkbox"/> 目がかすむ
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

血糖異常の指摘				
どこで	<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 自覚症状があった	<input type="checkbox"/> 他の病気治療中に医師から
その後	<input type="checkbox"/> 定期的に受診していた		<input type="checkbox"/> しばらく通院したが最近はしていない	
	<input type="checkbox"/> 通院は全くしていない		<input type="checkbox"/> 年に1回の健康診断やドックは受けている	

糖尿病の診断 歳頃				
どこで	医療機関名（ ）			
治療方法	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> インスリン注射
	<input type="checkbox"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> その他			

入院の有無	
<input type="checkbox"/> あり	いつ頃／入院先（ ）
<input type="checkbox"/> なし	

家族歴				
糖尿病	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他（ ）
高脂血症	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他（ ）
高血圧症	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他（ ）
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他（ ）
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他（ ）

食生活について				
食事を作る人（ ）				
<input type="checkbox"/> 夕食が遅い	<input type="checkbox"/> 食事時間が不規則	<input type="checkbox"/> 夜食が多い	<input type="checkbox"/> 外食が多い	
<input type="checkbox"/> 早食い	<input type="checkbox"/> コンビニ弁当が多い	<input type="checkbox"/> 間食が多い	<input type="checkbox"/> 野菜を多く食べる	
<input type="checkbox"/> 宴会が多い	<input type="checkbox"/> ジュースやスポーツドリンクをよく飲む		<input type="checkbox"/> その他（ ）	

運動について				
普段は活動的か	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
定期的に体を動かしているか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

妊娠・出産の経験	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 妊娠時の尿糖・血糖値の指摘	<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 巨大児に出生
	<input type="checkbox"/> いいえ			