

糖尿病問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 -		
電話番号			

糖尿病を初めて指摘されたのは何歳ぐらいですか？ <input type="checkbox"/> () 歳の時 <input type="checkbox"/> 今回が初めて
今回ご来院されたきっかけを教えてください <input type="checkbox"/> 健康診断で指摘を受けた <input type="checkbox"/> 症状があった <input type="checkbox"/> 他の病院で指摘を受けた <input type="checkbox"/> その他 ()
次の症状はありますか？当てはまるものにチェックをつけてください。 <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"/> 体重が急に増えてきた <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 足底や足先のしびれやピリピリ感 <input type="checkbox"/> 足の冷感 <input type="checkbox"/> 足のむくみ <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 目がかすむ <input type="checkbox"/> その他 ()
糖尿病の治療はどうされていますか？ <input type="checkbox"/> 特に治療はしていない <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 食事療法と運動療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる（お薬名：)
身長と体重歴を教えてください。 現在の身長 () cm 現在の体重 () kg 20歳頃の体重 () kg 過去最高体重 () 歳頃に () kg (※妊娠中は除く)
過去または現在、以下の病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> その他 ()
眼科に通院したことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（最終受診日 () 年ごろ)
家族（血縁者）に次の病気の方はいますか？いる場合は続柄を記入してください。 <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 脂質異常症 () <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 脳梗塞 () <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 ()

※ご協力ありがとうございました。ご記入されました個人情報については当院での診療以外には使用いたしません。