

# 糖尿病内科 問診票

カルテNo.

記入日

※文字が見えづらい方は、大きい文字の問診票がございます。お声掛けください。

フリガナ	生年	明治	大正			
お名前	月日	昭和	平成	年	月	日 (満 歳)
	性別	男性	女性	職業		
ご住所 〒						
お電話番号 ☎ご自宅				☎携帯		
現在の身長・体重	cm		kg			

該当する項目に○もしくはご記入ください。

1 受診された理由をご記入ください。	
2 糖尿病をはじめて指摘されたのはいつ頃からですか。	年 月頃 ( 歳) から
3 糖尿病が発見されたきっかけは何ですか。	
4 現在までに右項目の症状がでたことはありますか。ありましたら○印を付けてください。	1) のどの渇き 2) 尿量が多い 3) 疲れやすい 4) 体重減少 5) 陰部のかゆみ 6) 目が見えにくい 7) 足や手のしびれ 8) 足がつめたい 9) 勃起不全
5 20歳頃の体重を教えてください。	kg
6 今までの最高体重を教えてください。それはいつ頃ですか。	kg ----- 歳頃から 歳まで
7 アルコールについて教えてください。	<input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> たまに飲む <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む ( 量 )
8 タバコについて教えてください。	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸う ( 歳から 1日 本)
9 現在使用しているお薬はありますか。	1. ある (具体的に: ) ※書ききれない際は、お薬手帳を医師にご提示ください。
10 今までに右項目の病気をしたり検査で異常を指摘されたことはありますか。	1. ある (下記項目に○をご記入ください) 2. ない 1) 高血圧 2) 心臓病 3) 脳卒中 4) 結核 5) 胃潰瘍 6) 肝炎 7) 胆石 8) 腎臓病 9) 高脂血症 10)がん(部位 ) 11)その他( )
また、手術を受けたことはありますか。	1. はい 2. いいえ 疾患名 ( )

