

問 診 票

氏名 _____ 様

1. 当クリニックを受診される目的（一番困っていること）は何ですか？

① 糖尿病が心配である

② 健診で糖尿病の疑いがあると指摘された

Q それはいつ頃ですか？（ 年 月 日頃）

③ 他院で糖尿病を指摘された。

Q 初めて糖尿病を指摘された日はいつ頃ですか？（ 年 月 日頃）

Q 現在、症状はありますか？（ はい・いいえ ）

はいと答えた方は下記へチェックをお願いします（複数回答可）

- のどが渇く 全身のだるさ 多飲 多尿 短期間の体重減少
- その他（ _____ ）

2. 嗜好や食事について質問を致します

① 甘い物は好きですか？（ はい・いいえ ）

はいと答えた方は、具体的に同様な食品と、それを摂取する頻度をお答えください

【 _____ 】

② 油っぽい料理は好きですか？（ はい・いいえ ）

はいと答えた方は、具体的に同様なメニューと、それを摂取する頻度をお答えください

【 _____ 】

③ アルコールは飲みますか？（ はい・いいえ ）

はいと答えた方は、次の質問にお答えください

種類： _____ どの位の量： _____ 週に/回： _____

④ 炭水化物（ごはん・パン・麺類・イモ・かぼちゃ・レンコン・とうもろこし）は好きですか？

（ はい・いいえ ）

はいと答えた方は1回の摂取量をお答えください（例：ごはん茶碗に2杯・ポテトサラダ1皿）

【 _____ 】

⑤ お食事を摂る時間は？ *時間がバラバラの時は18時～23時の間のように記入してください。

*朝食 _____ 時頃 *昼食 _____ 時頃 *夕食 _____ 時頃

3. これまでに大きな病気にかかったことや、入院されたことがありますか？

ない ある 病名： _____ いつ頃： _____

4. 現在、飲んでいる常用薬（市販薬・漢方薬・サプリメントを含む）がありますか？

ない ある 薬品名： _____

* お薬手帳やお薬をお持ちの方は受付へ見せて下さい

