

# 糖尿病外来 問診票

お名前 ( ) 生年月日 ( 年 月 日 )  
日中のご連絡先 ( )

① 今回の受診の目的は何ですか？ ○で囲むかご記入願います。

- (1) 血糖値を良くしたい (2) 高血糖の原因を調べてもらいたい (3) 合併症を調べたい  
(4) 食事療法や運動療法について指導を受けたい (5) 医師や周りに勧められたから  
(6) 他院で治療中であるが、今後当院へ転医希望  
(7) その他 ( )

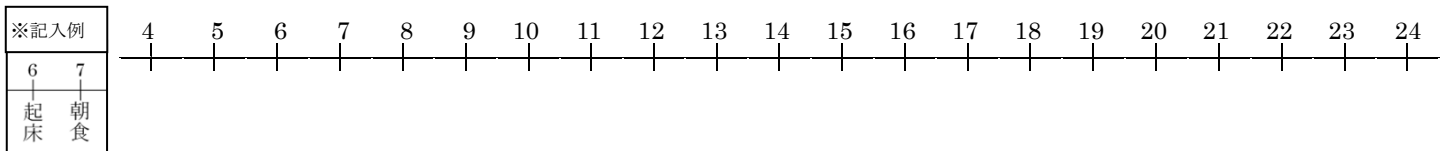
② いつから症状がありますか？ 糖尿病の発症年齢は何歳ですか？ どのようにして糖尿病と診断されましたか？

③ 血糖コントロールが悪い（悪くなった）原因は何であると思われますか？

④ 体重についてご記入ください。

20歳時体重： kg、 過去最高体重： kg ( 歳時)

⑤ 起床から就寝までの1日の過ごし方を教えてください。（起床・食事・就寝時間や、運動・仕事など）



⑥ 食習慣についてお聞きします。

食事は毎日3食摂りますか。 はい ・ いいえ ( 1日2食 ・ 1日1食 : その頻度 月 回)  
朝 ( 時 ): 内容 ( )  
昼 ( 時 ): 内容 ( )  
夜 ( 時 ): 内容 ( )  
間食 ( 時 ): 内容 ( )  
アルコール: 週 日、1回 ( ビール・焼酎・日本酒・ワイン・その他: 本 or ml )

⑦ 運動習慣はありますか？

なし ・ あり 種類: 、 週 回、 1回 分

⑧ 家族歴についてお聞きします。血縁者の中で、以下の病気にかかった方はいらっしゃいますか？

いらっしゃいましたら、続柄をご記入ください。

- ◆糖尿病 ( ) ◆高血圧 ( ) ◆脂質異常症 ( )  
◆狭心症・心筋梗塞 ( ) ◆脳梗塞・脳出血 ( ) ◆聴覚障害 ( )

# 問 診 票

1. マイナンバーカードによる診療情報の取得に同意しますか？

同意する  同意しない

2. 他の医療機関から紹介状をお持ちですか？

はい（持参している）  いいえ

3. 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？

はい（通院中）  いいえ

通院している医療機関名： \_\_\_\_\_

最後に受診した日： \_\_\_\_\_

受けている治療内容： \_\_\_\_\_

4. 現在処方されている薬はありますか？（マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。）

はい（以下に記入）  いいえ

薬剤名、用量： \_\_\_\_\_

期間： \_\_\_\_\_

5. これまでに重大な疾患（入院や手術を要する病気等）に罹患したことはありますか？

はい（以下に記入）  いいえ

\_\_\_\_\_

6. 過去 1 年間に特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。）

はい  いいえ

7. 薬剤や食べ物によるアレルギー反応を起こしたことはありますか？

はい（以下に記入）  いいえ

原因、症状： \_\_\_\_\_

8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）

はい（妊娠中）  はい（授乳中）  いいえ

妊娠週数（該当する場合）： \_\_\_\_\_

当院は診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得、活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算 1 4点 加算 2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

医療法人明和会 伊崎脳神経外科内科  
院長 伊崎明