

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 ()

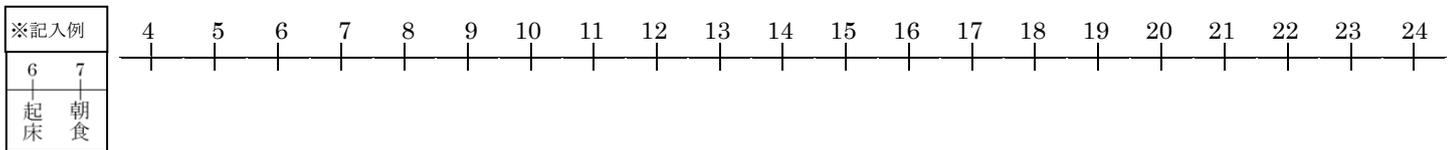
② いつから症状がありますか？ 糖尿病の発症年齢は何歳ですか？ どのようにして糖尿病と診断されましたか？

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