―１枚目―　　　　　　　　　　　　　　**糖尿病問診票** 記入日     年     月     日

**フリガナ****生年月日　[ ] T・[ ] S・[ ] H・[ ] R****年****月****日　（****才）**

**お名前****[ ] 独り暮らし　/****[ ] 同居されてる方（****）**

**緊急またはご家族の連絡先（****）TEL****－****-**

**住所　〒****-****職業：**

**電話** **-****-****携帯****-****-****メールアドレス**

**○当院を知ったのは何ですか？**

[ ] インターネット（[ ] 当院HP**/**検索サイト[ ] Yahoo/[ ] Google/[ ] ドクターズファイル**/[ ]** 北区ドクターズ）

[ ] 知人の紹介（               ）　　　　　　　　　[ ] 通りすがり

[ ] 医療機関の紹介（                    ）　　　[ ] その他(                                   )

1. **本日受診されたきっかけをお書きください。**

[ ] 医療機関の紹介　/　[ ] 検診　/　[ ] 人間ドッグ　/　[ ] 自覚症状：

1. **高血糖や糖尿病を初めて指摘されたのは何歳くらいのときでしたか？**　　     歳

　その時の値を覚えていますか？　ヘモグロビンA1c ：     %　　　　血糖値：     mg/dl

糖尿病で他院に通院したことがありますか？　　[ ] なし　　[ ] ある（下記記入おねがいします）

　医療機関：                                        　いつごろ：          年頃

現在服用している薬：

教育入院の経験はありますか？　[ ] なし　[ ] あり（     年頃）

栄養指導の経験はありますか？　[ ] なし　[ ] あり（     年頃）（指示エネルギー：     Kcal）

1. **体重変化について**

　身長     cm　　体重     kg　２０歳の時の体重     kg　過去最高     kg（     歳）

大きな体重の変化があったことはありましたか？

[ ] なし[ ] あり→どれくらいの期間     （年間）で、　約     kgくらい（[ ] 増・[ ] 減）

**⑤食習慣について教えてください。（食事を準備される方：****）**

　朝食：[ ] 食べない　　[ ] 自炊/家族が作る　　[ ] 店屋物や外食が多い　　[ ] 不規則

　　　　何時頃？     時頃　　主に何を食べますか？

昼食：[ ] 食べない　　[ ] 自炊/家族が作る　　[ ] 店屋物や外食が多い　　[ ] 不規則

　　　　何時頃？     時頃　　主に何を食べますか？

夕食：[ ] 食べない　　[ ] 自炊/家族が作る　　[ ] 店屋物や外食が多い　　[ ] 不規則

　　　　何時頃？     時頃　　主に何を食べますか？

　間食や夜食、ジュース、スポーツ飲料などを摂る習慣はありますか？

　　　　どれくらいの頻度で？　週     回くらい　何をどの位とりますか？

**2枚目もご記入お願いいたします。**

**―２枚目―**

**⑥運動習慣はありますか？**　[ ] なし　　[ ] あり→週     回、１日あたりの運動時間：     時間

　運動内容：

　１日でどれくらい歩きますか？（通勤・散歩など、何歩位/分間/kmなど）

　学生時代は運動していましたか？　運動内容：

　運動の趣味はありますか？

**⑦仕事での活動量を下記より選んでください。**

　[ ] 軽作業（デスクワーク、家事など）　[ ] 普通の作業（立ち仕事など）　[ ] 重労働（運搬、力仕事など）

**⑨今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？**

　[ ] なし　[ ] 有り→（薬：                    食品：                    その他：                    ）

**⑩たばこ**：[ ] 吸わない[ ] 過去に吸っていた[ ] 現在も吸っている（     本／日     歳から）[ ] 禁煙治療興味あり

**⑪お酒**　：[ ] 飲まない　[ ] 飲む（[ ] 毎日/[ ] 週　日）

【[ ] ビール[ ] ワイン[ ] 焼酎[ ] ウィスキー[ ] 日本酒】量

**⑫栄養指導を受けてみたいと思いますか？**　[ ] はい　　　[ ] いいえ

**⑬現在治療中の病気や、既往歴（今までに大きな病気）がありましたらご記入お願いします。**

　[ ] 眼科（最終受診：     年     月）[ ] 受診なし [ ] 歯科（最終受診：     年     月）[ ] 受診なし

[ ] 高血圧（発症時期：     歳頃）　　　　　　　　[ ] 脂質異常症（発症時期：     歳頃）

　[ ] 狭心症・心筋梗塞（発症時期：     歳頃）　　[ ] 脳梗塞　（発症時期：     歳頃）

　[ ] 脳出血（発症時期：     歳頃　）　　　　　[ ] 癌（部位：               発症時期：     歳頃）

　[ ] その他：                                        （発症時期：     歳頃）

**⑭血縁者****（両親・兄弟・祖父母・子供）で次の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか？**

　[ ] 糖尿病（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母・[ ] 子供）、[ ] 高血圧（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）

[ ] 高脂血症（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）、[ ] 心臓病（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）

[ ] 脳梗塞・[ ] 脳出血（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）、[ ] 癌（[ ] 父・[ ] 母・[ ] 兄弟姉妹・[ ] 祖父母）

**⑮女性の方へご質問いたします**

現在妊娠はされてますか？　　：[ ] はい（     ヶ月）　[ ] いいえ　[ ] 授乳中（     ヶ月）

　または、妊娠の可能性/予定がありますか？　：[ ] はい　　[ ] いいえ　[ ] 予定

**ご記入どうもありがとうございました。**

