

フリガナ	生年月日 T・S・H	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 ( )	-			
住所 〒	職業:			
電話 ( ) -	携帯 ( ) -	家族の連絡先 ( ) -		

○当院を知ったのは何ですか？

- インターネット (  当院ホームページ  検索サイト Yahoo/Google など  ドクターズファイル  北区ドクターズ )  
 知人の紹介 ( )  チラシ、雑誌など (ドクターズファイル・その他)  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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

②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 : \_\_\_\_\_

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)

④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 \_\_\_\_\_ (ヶ月・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日ですでくらい歩きますか？（通勤・散歩など、何歩位、何分間、何kmなど）\_\_\_\_\_  
学生時代は運動していましたか？ 運動内容：\_\_\_\_\_  
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）  
禁煙治療に興味がある

⑪お酒：飲まない 飲む（毎日/週 \_\_\_\_\_日）【ビール/発泡酒/ワイン/焼酎/ウイスキー/日本酒】

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をお願いします。

眼科（最終受診：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月） なし 歯科（最終受診：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月） なし  
高血圧（発症時期：\_\_\_\_\_歳頃） 高脂血症（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：\_\_\_\_\_歳年頃）  
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・子供）  
高脂血症（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供） 心臓病（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供）  
脳梗塞・脳出血（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供） 癌（父・母・兄弟姉妹・祖父母・子供）

⑮女性の方へご質問いたします。

現在妊娠はされていますか？ 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

お疲れ様でした。

ご記入どうもありがとうございました。



医療法人永和会  
東十条さかい  
糖尿病・内科クリニック