

## 糖尿病問診票

氏名 ( )

以下の質問で当てはまるものに丸をつけてください。(いくつでも可)

また、( ) 内には当てはまる言葉や数字を記入してください。

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

Q1. 糖尿病 (または血糖値が高い) と初めて言われたのは何歳のときですか? ( ) 歳のとき

それは、どこで指摘されましたか?

1. 検診または人間ドック
2. 他の病院またはクリニック (病院またはクリニック名: )

そのとき、血糖値はどのくらいと言われましたか? ( ) mg/dl

そのとき、次のような症状はありましたか?

1. のどが渇く
2. 多飲 (水をたくさん飲む)
3. 尿の量や回数が多い
4. 体重減少 ([ ] ヶ月で [ ] kg 減った。)
5. 手足のしびれ
6. 視力低下
7. だるい
5. 特にない
6. その他 ( )

Q2. 今現在、何か症状はありますか?

1. のどが渇く
2. 多飲 (水をたくさん飲む)
3. 尿の量や回数が多い
4. 体重減少 ([ ] ヶ月で [ ] kg 減った。)
5. 手足のしびれ
6. 視力低下
7. だるい
5. 特にない
6. その他 ( )

その症状はいつ頃からありますか? ( ) 年 ( ) ヶ月前より

Q3. 過去最大体重は何 kg ですか? また、それはいつですか?

過去最大体重 ( ) kg ( ) 歳ごろ

Q4. 血縁の方に糖尿病の方はいますか?

A いる B いない

A と答えた方は糖尿病または糖尿病の疑いと思われる方に○ (複数可) をつけてください。

1. 祖父
2. 祖母
3. 父
4. 母
5. 兄弟 ( )
6. 子供 ( )
7. 親戚 ( ) \* 例えば父方のおばなど

Q5. アルコールを飲みますか?

A. 飲む B. 飲まない

A と答えた方は何を、どのくらい、週又は月に何回飲みますか?

1. ビール
  2. 日本酒
  3. 焼酎
  4. ウイスキー
  5. ワイン
  6. その他 ( )
- 1 回に ( ) (本 または 杯)、(週 または 月) に ( ) 回 (どちらかに○)

Q6. タバコを吸う習慣がありますか?

A. ある B. ない C. 禁煙した

A または C. と答えた方は、1 日 ( ) 本、( ) 歳から吸っている。または、( ) 歳でやめた。

Q7 糖尿病の薬（経口血糖降下剤）を内服していますか？

A. 内服している。 B. 内服していない。

Aと答えた方は→（ ）歳から。薬の名前がわかればお書きください。

（ ）（ ）

（ ）（ ）

Q8. インスリン注射はしていますか？

A. 注射している。 B. 注射していない。

Aと答えた方は→（ ）歳から

インスリンの名前や単位数わかればお書きください。

朝 （ ）： 単位)

昼 （ ）： 単位)

夕 （ ）： 単位)

寝る前（ ）： 単位)

Q9. 糖尿病性網膜症（眼底出血など）を指摘されたことがありますか？

A. ある B. ない Aと答えた方は→（ ）歳から

Q10. 糖尿病性腎症（尿タンパクなど）を指摘されたことがありますか？

A. ある B. ない Aと答えた方は→（ ）歳から

Q11. 糖尿病以外の病気についてお答えください。

以下の病気を過去に指摘された、または今も治療中である。

高血圧（あり、なし） 高脂血症（あり、なし） 高尿酸血症（あり、なし）

メタボリックシンドローム（あり、なし）

悪性のご病気（具体的に： 何歳のとき？ 歳）

過去の手術（具体的に： 何歳のとき？ 歳）

その他（具体的に： 何歳のとき？ 歳）

Q12. 食事療法について指導を受けたことはありますか？

A. ある B. ない Aと答えた方は→（ ）カロリーの指導を受けた

Q13. あなたの生活習慣について当てはまるものに○をつけてください。（当てはまるものすべて）

1. 夕食が遅い
2. 外食が多い
3. コンビニ弁当が多い
4. 間食や甘いものが多い
7. 果物が多い
6. ジュースやコーラなどをよく飲む
8. 油物が多い
9. デスクワークが多い
10. 運動不足
11. 生活が不規則
12. 宴会が多い
13. その他（ ）

Q14. 女性の方のみお答えください。

お子様の出産時の体重は何gですか？ またそれは何歳のときですか？

第一子（ ）g （ ）歳のときに出産

第二子（ ）g （ ）歳のときに出産

第三子（ ）g （ ）歳のときに出産