



<代謝内科問診票>

受付時間 _____ : _____ サイン

ID _____ お名前 _____ ご年齢 _____ 性別 男・女
 ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 過去最高体重 _____ kg(_____ 年前)

1) 現在の状況を教えてください ・喉が渇く ・お小水が近い ・体重減少(_____ ヶ月で _____ kg) ・だるい ・視力低下 ・傷の治りが悪い ・足のしびれ ・性欲低下 ・立ちくらみ ・その他(_____)	
2) 糖尿病と言われたことはありますか？ ・いつ頃 (_____)年前 (_____)ヶ月前 (_____)歳頃 ・どんな治療を受けましたか？(_____)	はい いいえ
3) 今までに病気をしたことがありますか？ 高血圧・脂質異常・高尿酸血症・狭心症・心筋梗塞・脳梗塞・脳出血・悪性腫瘍 その他(_____)	
4) 喫煙歴はありますか？ 1日(_____)本・(_____)歳～(_____)歳までの(_____)年間	
5) お酒は飲みますか？ 種類(_____) ・ 量(_____) ・ 頻度(_____)	
6) 糖質を含む清涼飲料水(ジュースなど)は飲みますか？ 種類(_____) ・ 量(_____) ・ 頻度(_____)	はい いいえ
7) 普段の食事について ・自分で作る ・ 家族が作る ・ 外食が多い ・ 中食(惣菜、弁当など)が多い ・その他(_____)	はい いいえ
8) 間食はしますか？ 種類(_____) ・ 量(_____) ・ 頻度(_____)	はい いいえ
9) 運動はしますか？ 種類(_____) ・ 時間(_____)時間位 ・ 頻度(_____)	はい いいえ
10) ご家族に糖尿病の方はいらっしゃいますか？ ・ 祖父母 ・ 父母 ・ 兄弟 ・ 子 ・ その他(_____)	はい いいえ
11) ご家族にご病気の方はいらっしゃいますか ・狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 悪性腫瘍 ・ その他(_____)	はい いいえ
12) 薬の飲み忘れはありますか？ インスリン注射の打ち忘れはありますか？	はい いいえ はい いいえ
※※※※※以下は女性の方にかがいます※※※※※	
13) 妊娠中ですか？または、妊娠の可能性はありますか？	はい いいえ
14) 出産歴はありますか？	はい いいえ
15) 流産・異常分娩歴はありますか？	はい いいえ
16) 妊娠糖尿病と言われたことはありますか？	はい いいえ
17) 4000g以上の新生児を出産したことはありますか？	はい いいえ