

ID：フリガナ

<代謝内科>問診票

名前：年齢：歳性別：男・女

身長cm体重kg最高体重kg（歳頃）

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

いつから	月日頃、又はか月前頃
どのような症状	☐ 喉が渇く☐ 頻尿☐ だるい☐ 手足のしびれ☐ 浮腫み☐ 下痢 ☐ 動悸☐ 息切れ☐ 体重 増加・減少（か月でkg→kg） ☐ その他：（）

2. 今までに糖尿病と指摘されたことはありますか

☐ いいえ

☐ はい（いつ頃：（）歳頃）
どのような治療を受けましたか：（）

3. 生活習慣についてお聞きします

・ 普段の食事：自分で作る・家族が作る・外食が多い・中食（惣菜・弁当）が多い

・ 食事回数：一日（）食

・ 間食：種類（）量（）頻度（）

・ 飲酒：種類（）量（）頻度（）

・ 糖質を含む清涼飲料水（ジュース）
種類（）量（）頻度（）

・ 喫煙：1日（）本（）歳～（）歳までの（）年間

・ 運動：種類（）時間（）時間位頻度（）

4. 今までに病気にかかったことはありますか

☐ いいえ

☐ はい

☐ 高血圧☐ 脂質異常症☐ 脳出血☐ 脳梗塞☐ 肺塞栓

☐ がん：部位☐ 心臓疾患（不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症）

☐ 肝臓疾患☐ 腎臓疾患☐ 貧血☐ リウマチ☐ 消化性潰瘍

☐ 前立腺肥大☐ 高尿酸血症☐ 喘息☐ 緑内障☐ 深部静脈血栓症

☐ その他：

5. アレルギーはありますか

☐ いいえ

☐ はい：どんな症状：

6. ご家族に下記の病気の方はいらっしゃいますか

☐ いいえ

☐ はい

☐ 糖尿病☐ 甲状腺疾患☐ 脳卒中

☐ 狭心症☐ 心筋梗塞☐ 悪性腫瘍

続柄：

7. 女性の方にお聞きします

現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

☐ いいえ☐ 妊娠中または妊娠の可能性☐ 授乳中