

ふくだ内科クリニック 初診時糖尿病調査表 患者記入アンケート

お名前 _____ 生年月日 _____ 緊急連絡先： _____ 間柄 _____

あなたの身長は？ _____ 現在の体重は？ _____ 20歳くらいのときの体重は？ _____
最も多かった体重は？ _____ それは何歳頃ですが？ _____

- ① 糖尿病が見つかったのは何歳のときですか？ _____ 歳頃
- ② 糖尿病が見つかったきっかけは？ 健診、ドックで指摘 症状があり病院を受診 病院で偶然指摘 その他...
- ③ どのような治療を受けましたか？ 放置 食事療法のみ 飲み薬 インスリン注射
- ④ 栄養指導や糖尿病で入院の経験は？ 治療入院の経験あり 教育入院の経験あり 栄養指導の経験あり
- ⑤ 治療を中断したことはありますか？ 有 無
- ⑥ 現在、次のような症状はありませんか？
- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全身倦怠 | <input type="checkbox"/> のどの渇き | <input type="checkbox"/> 尿回数が多い | <input type="checkbox"/> 視力低下 | <input type="checkbox"/> 手のしびれ | <input type="checkbox"/> 足の痛み |
| <input type="checkbox"/> 体重減少 | <input type="checkbox"/> 食欲亢進 | <input type="checkbox"/> その他... | <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ | <input type="checkbox"/> 足のしびれ | <input type="checkbox"/> 胸痛 |
| <input type="checkbox"/> 体重増加 | <input type="checkbox"/> 食欲低下 | | <input type="checkbox"/> こむら返り | <input type="checkbox"/> 足の冷感 | <input type="checkbox"/> その他... |
- ⑦ 糖尿病以外に次の病気を指摘されたことはありませんか？
- | | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 狭心症 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> その他... |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症（コレステロール） | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 脂肪肝 | |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症（中性脂肪） | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 | |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症（不詳） | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 肝硬変 | |
- ⑧ 家族、親族に次の病気の方はおられますか？
- 糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症・心筋梗塞 脳卒中 腎臓病 肝臓病 がん

治療の参考にするために あなたの生活全般についてお伺いします

- ① あなたの職種は？ 外勤：営業等 内勤：事務等 現場 運転手 夜勤 自営 家事 無職 その他...
- ② 現在の生活状況は？ 独身 既婚 単身赴任 家族同居 食事は自分がつくる 食事は家族がつくる
- ③ あなたの趣味・ストレス解消法は何でしょうか？ 音楽・映画 ペット ウォーキング 旅行 飲み会
 読書 ハイキング スポーツ 食べ歩き 昼寝 その他...
- ④ 運動についてお伺いします
- | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特にしていない | <input type="checkbox"/> 週1回程度スポーツをしている |
| <input type="checkbox"/> 毎日～30分歩いている | <input type="checkbox"/> 週2～3回程度スポーツをしている |
| <input type="checkbox"/> 毎日30～50分歩いている | <input type="checkbox"/> 毎日スポーツをしている |
| <input type="checkbox"/> 毎日60分以上歩いている | |
- どんなスポーツをしていますか
- プール ジョギング フィットネス ヨガ・ダンス その他...
- 特にしていない方にお聞きします
- 現時点では運動を始めるつもりはない なにか運動をしたいと思っている

通勤・買物など日常主に使う移動手段は？

- 徒歩 電車 自転車 自動車

⑤ 食生活についてお伺いします

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 朝食ぬぎが多い | <input type="checkbox"/> 夜食が多い | <input type="checkbox"/> 肉類が好き | <input type="checkbox"/> サプリメントを服用中 |
| <input type="checkbox"/> 昼食ぬぎが多い | <input type="checkbox"/> 外食が多い | <input type="checkbox"/> 野菜が好き | <input type="checkbox"/> 小食である |
| <input type="checkbox"/> 夕食時間は遅い | <input type="checkbox"/> 宴会が多い | <input type="checkbox"/> 果物が好き | <input type="checkbox"/> 早食いである |
| <input type="checkbox"/> 食事時間が不規則 | <input type="checkbox"/> 甘い物が好き | <input type="checkbox"/> 麺類やごはんが好き | <input type="checkbox"/> 良くかんで食べる |
| <input type="checkbox"/> 間食が多い | <input type="checkbox"/> 揚げ物が好き | <input type="checkbox"/> ジュース類を良く飲む | <input type="checkbox"/> ながら食いをする |

苦手な食品はありますか？ 無 有 牛乳 野菜 肉 魚

食品アレルギーはありますか 無 有

食生活で気を付けていることは？

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 野菜を食べる | <input type="checkbox"/> 主食（ごはんやパン）は食べない | <input type="checkbox"/> 1日2食にしている |
| <input type="checkbox"/> 果物を食べる | <input type="checkbox"/> 肉を食べない | <input type="checkbox"/> 朝食は食べる |
| <input type="checkbox"/> 魚を食べる | <input type="checkbox"/> 間食を食べない | <input type="checkbox"/> 食べる順番に気を付けている |

⑥ アルコールについて 飲まない 月1～2回 週1回 週2～3回 週4～5回 毎日

アルコールの種類は？ 日本酒 ビール ワイン 焼酎 ウイスキー なんでもOK

⑦ 喫煙についてお伺いします もともと吸わない 1日10本まで 1日20本以上
現在は禁煙している 1日10～20本 1日40本以上
朝起きて30分以内に1本すう 現在、禁煙したいと思っている
過去に禁煙の経験あり

⑧ その他 健康管理について

- | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家庭で血圧を測っている | <input type="checkbox"/> 血圧計は持っているが使っていない |
| <input type="checkbox"/> 万歩計で歩数をカウントしている | <input type="checkbox"/> 万歩計は持っているが使っていない |
| <input type="checkbox"/> 家庭で血糖を測っている | <input type="checkbox"/> 血糖測定器をもっているが使っていない |

⑨ 今、糖尿病に関して困ったことや心配なことがありますか？

- | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> 間食のこと | <input type="checkbox"/> その他... |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病の合併症が悪くならないか | <input type="checkbox"/> アルコールのこと | |
| <input type="checkbox"/> 食事療法できないこと | <input type="checkbox"/> 禁煙のこと | |
| <input type="checkbox"/> 運動ができないこと | <input type="checkbox"/> インスリンを勧められたこと | |

⑩ その他 相談したいことや伝えたいこと

ふくだ内科クリニック 初診時糖尿病調査表 医療者記入アンケート

経口薬開始年齢 (歳)
インスリン開始年齢 (歳)

腹囲 (cm)

初診日: _____

既往歴

現病歴

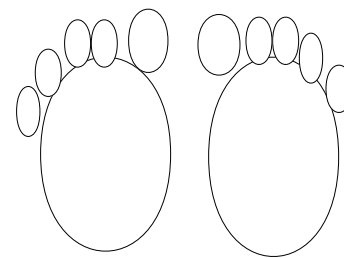
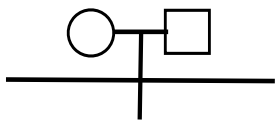
治療薬の履歴

現在の糖尿病合併症

- 網膜症 無 有 不詳 NDR SDR pre-PDR PDR post-PC post-OP
- 腎症 無 有 不詳 1期 2期 3a期 3b期 4期 5期
- 神経障害 無 有 不詳
- 大血管障害 無 有 不詳

足アンケート

家系図



アルコール摂取量

通勤時間など運動メモ

.....
.....

④ 手帳 SMBG 関連

- 糖尿病手帳を持っている
- グルテスト メディセーフ ネオスーパー アキュチェック その他...

_02DATE