

問診票

患者様氏名	様			性別	男 ・ 女		
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日	身長・体重	cm	kg

1 ペースメーカーの植え込みされていますか

はい

いいえ

2 現在の症状

なし

あり 手足がしびれる ・ 目が見えにくい ・ 足がよくつる

徒歩中足がいたむが少し休むとまた歩ける ・ 労作時の胸痛、圧迫感、不快感

その他 (

)

3 いつ糖尿病と診断されましたか

言われていない

言われた (約 _____ ヶ月前 ・ 年前)

4 最近の体重の変化

1年以上変化していない

太った (約 _____ kg どれくらい前から _____ 前)

やせた (約 _____ kg どれくらい前から _____ 前)

5 病歴

・ 高血圧と診断されたり、治療を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

・ 高コレステロール血症と診断されたり、治療を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

・ 高尿酸血症と診断されたり、治療を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

・ 脳卒中（脳出血、脳梗塞）と診断されたり、治療を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

・ 心臓病（狭心症、心筋梗塞）と診断されたり、治療を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

・ 慢性腎不全と診断されたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

・ 貧血と診断されたり、治療を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

裏面につづく

5 タバコを習慣的に吸っていますか

吸っている（一日 本、 歳頃から）

吸っていない

過去に吸っていた（ 年前にやめた）

6 お酒を飲みますか

飲む（毎日 ・ 時々）

飲酒量はどれくらいですか（1合未満 ・ 1-2合未満 ・ 2-3合未満 ・ 3合以上）

清酒1合（180ml）の目安

ビール中瓶1本（約500ml） 焼酎35度（80ml）

ウイスキーダブル1杯（60ml） ワイン2杯（240ml）

飲まない

7 食事（過去三日間の食事内容をお書きください。）

	朝食	昼食	夕食
3日前			
一昨日			
昨日			

指示カロリーはありますか（指示カロリー…主治医から指示される1日の摂取カロリー）

ある（ カロリー）

ない