

糖尿病で受診された方の初診問診票

お名前

この問診票は、診療する上で大切な資料となります。差し支えない範囲でできるだけ詳しくご記入下さい。

◇どのような症状がありますか？ ()

◇上記の症状はいつからですか？ ()

身長 _____cm 体重 _____kg(20歳時の体重 _____kg)

過去の最大体重 _____kg(_____歳時)

タバコ: 吸う(____歳から____本____年間) 吸わない 吸っていた

飲酒: する(量:_____ 頻度:週____回) しない

◇糖尿病と診断された時期はいつですか？ 西暦_____年頃(____歳時)

◇糖尿病の合併症診断は受けましたか？ うけた うけていない

診断を受けた方: 網膜症 腎症 神経障害 動脈硬化症

◇食事と運動の内容について大体で良いのでご記載下さい。

朝(時頃): _____

昼(時頃): _____

夕(時頃): _____

間食(あれば): _____

運動(内容・時間・頻度): _____

◇治療中の病気がある方は、以下にご記載下さい。

◇アレルギーはありますか？ ある(_____) なし

◇当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- インターネット ご友人からの紹介 駅・バスなどの広告 雑誌
 その他()