

# 生活習慣病・糖尿病問診票

## 1. 今日どのような理由で受診されましたか？

- (1) 健診・人間ドックで糖尿病等検査を勧められて
- (2) 何か症状( )が出てきたため
- (3) 他の病院から( )の紹介で
- (4) その他( )

## 2. 初めて血糖高値や尿糖・( )がわかったきっかけは何ですか？

※当てはまるものに○をつけてください。

健診 ・ 症状発症 ・ 他院通院中に指摘

## 3. 糖尿病の場合, 糖尿病の内服治療, もしくはインスリン治療, 他の病気の内服治療を始めたのはいつ頃ですか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 頃

## 4. 今までかかった病気や, 現在治療を続けている病気がありますか？ はい ・ いいえ

※当てはまるものに○をつけてください。

何歳/何年	病名	治療方法	かかった病院	治療状況
		入院・手術・点滴・内服		治療中・終了
		入院・手術・点滴・内服		治療中・終了
		入院・手術・点滴・内服		治療中・終了
		入院・手術・点滴・内服		治療中・終了
		入院・手術・点滴・内服		治療中・終了

## 5. 現在処方されている内服薬, 注射薬, 点眼薬, 軟膏などありましたら教えて下さい。

あり ・ なし

糖尿病の薬 \_\_\_\_\_

その他の薬 \_\_\_\_\_

※お薬手帳をお持ちの方は受付でコピーします。

## 6. 内服薬を飲んでいる方で, 薬の管理はどなたがされていますか？

ご本人 ・ その他( )

# 生活習慣病・糖尿病問診票

## 7. 血縁のご家族で下記の病気にかかった人がいますか？ はい ・ いいえ

糖尿病 (続柄: ) 高血圧 (続柄: ) 脂質異常症(続柄: )  
脳梗塞 (続柄: ) 心筋梗塞(続柄: ) 狭心症 (続柄: )  
癌 (続柄: )

## 8. 現在の自覚症状について, お答え下さい。 ※当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 口渇 ・ 多飲 ・ 全身のだるさ ・ 体重減少( 月 kg減)  
むくみ ・ 手足のしびれ ・ 立ちくらみ ・ 目が見えにくい ・ 咳や痰 ・ その他  
それはいつ頃からですか?( )
- (2) 物が見えにくいですか？ いいえ ・ はい(眼鏡 ・ コンタクトレンズ ・ 裸眼)
- (3) 音が聞こえにくいですか？ いいえ ・ はい(補聴器をしている ・ していない)
- (4) 「何度も同じこと繰り返す」「したことを忘れる」「新しいことを憶えていられない」  
上記のうち1つでも当てはまりますか？ いいえ ・ はい
- (5) 皮膚の症状に○を付けて下さい。  
発赤 ・ 発疹 ・ かゆみ ・ ただれ ・ その他( )  
部位( )
- (6) つまづく・転ぶことが多いですか？ いいえ ・ はい
- (7) 吐き気・嘔吐がありますか？ いいえ ・ はい
- (8) 痛いところがありますか？ いいえ ・ はい(痛い部位: )
- (9) 1日の尿の回数は何回ですか？ 昼( )回 夜( )回
- (10) 排尿に関して気になることがありますか？ いいえ ・ はい  
痛み ・ 出にくい ・ 力を入れると漏れる ・ 残った感じがある  
間に合わず下着を汚してしまうことがある ・ 1回の量が多い  
急に尿がしたくなり我慢できない
- (11) 便の回数は何回ですか？ ( )日に( )回
- (12) 抜けている歯がありますか？抜けている歯がある方は、いつ頃抜けましたか？  
ない ・ ある( )本 部位( ) いつ頃か( )  
入れ歯を使っていますか？(総入れ歯 ・ 部分入れ歯 部位( ) )
- (13) アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい  
食べ物 ・ 内服薬 ・ 絆創膏 ・ 造影剤( )  
アレルギー物質がわかればご記入下さい。( )
- (14) 「外に出る気がしない」「何もする気が起きない」など、気力の減退を感じますか？  
いいえ ・ はい
- (15) 睡眠を助ける物がありますか？ いいえ ・ はい  
枕 ・ 薬物 ・ 飲食物 ・ アルコール ・ その他( )
- (16) 睡眠不足を感じますか？またその理由は何ですか？  
いいえ ・ 寝付きが悪い ・ 夜間目が覚める ・ その他( )

# 生活習慣病・糖尿病問診票

## 9. 健診・ワクチンについて教えてください.

- (1) 健診は受けていますか? いいえ ・ はい(最後に受けたのは? \_\_\_\_\_ 頃)
- (2) 毎年, インフルエンザワクチンを接種していますか? いいえ ・ はい
- (3) 65歳以上の方 : 肺炎球菌ワクチンを接種しましたか? いいえ ・ はい  
はいの方と答えた方 : いつ頃接種しましたか?( \_\_\_\_\_ 歳のとき)

## 10. 職業について教えてください.

- (1) 現在の職業( \_\_\_\_\_ ) 作業内容( \_\_\_\_\_ )
- (2) 現在までの職業歴を教えてください.( \_\_\_\_\_ )
- (3) 就業時間 ※就業パターンが複数ある方は複数記入して下さい.  
始業時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 終業時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  
始業時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 終業時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  
始業時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 終業時刻 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

## 11. 通勤方法と所要時間を教えてください.

車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 【所要時間 \_\_\_\_\_ 分】

## 12. 身長体重について教えてください.

- (1) 現在の身長( \_\_\_\_\_ )cm, 体重( \_\_\_\_\_ )kg
- (2) 20歳の体重はどのくらいでしたか?( \_\_\_\_\_ kg)
- (3) 今までで一番太っていた時の体重はいつ頃, どのくらいでしたか?( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ kg)
- (4) ここ2~3年の体重はどのくらいでしたか?( \_\_\_\_\_ kg)
- (5) 結婚時( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ kg) 退職時( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ kg)

## 13. あなたの生活について教えてください。※当てはまるものに○をつけてください.

- (1) 同居の家族について  
本人 ・ 父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子供 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母  
その他( \_\_\_\_\_ ) 合計 \_\_\_\_\_ 人
- (2) いつから今の生活ですか? ( \_\_\_\_\_ 歳から)
- (3) たばこを吸いますか? 吸わない ・ 吸う( \_\_\_\_\_ 本 / 1日 \_\_\_\_\_ 年間)  
過去に吸っていた時期はありますか? ない ・ ある( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 年間 \_\_\_\_\_ 本 / 日)
- (4) アルコールは飲みますか? 飲まない ・ 飲む(毎日 ・ 週 \_\_\_\_\_ 日)  
・ 日本酒 \_\_\_\_\_ 合 ・ ビール350ml \_\_\_\_\_ 本, または500ml \_\_\_\_\_ 本  
・ ウイスキー(原酒) \_\_\_\_\_ ml ・ 焼酎 \_\_\_\_\_ 杯 度数(原酒) \_\_\_\_\_ ml  
・ ワイン(グラス) \_\_\_\_\_ 杯
- (5) 入浴は週何回されていますか? (湯船 ・ シャワー \_\_\_\_\_ 回 / 週)
- (6) 歯磨きは1日に何回, いつしていますか? ( \_\_\_\_\_ ) 回 / 日, いつ( \_\_\_\_\_ )

# 生活習慣病・糖尿病問診票

- (7) 日常生活で補助具・装具を使用されていますか？ いいえ ・ はい  
杖 ・ 車椅子 ・ 押し車 ・ ( ) 装具 ・ その他( )
- (8) 趣味はありますか？( )
- (9) ストレス解消法はなんですか？( )
- (10) 2時間あったら何をして過ごしますか？( )

## 14. 食事について記入して下さい。

	朝	昼	夜
手段	自炊・コンビニ・外食	自炊・コンビニ・外食	自炊・コンビニ・外食
要する時間 (抜く場合:週何回か)	分 ( 回抜き)	分 ( 回抜き)	分 ( 回抜き)
料理する人 (自炊の場合)			
食べる場所	自宅・職場・その他	自宅・職場・その他	自宅・職場・その他
その他の場所			

- (1) 間食 しない ・ する(いつ \_\_\_\_\_ 内容 \_\_\_\_\_)
- (2) 外食 しない ・ する( \_\_\_\_\_ 回/週, \_\_\_\_\_ 回/月, 無尽 \_\_\_\_\_ 回/月)  
誰と \_\_\_\_\_ どこで \_\_\_\_\_)
- (3) よく利用するスーパーマーケット・コンビニエンスストア・生協等はどこですか？  
( \_\_\_\_\_ )
- (4) 自炊でお惣菜をよく利用しますか？(お店 \_\_\_\_\_ 品名 \_\_\_\_\_)
- (5) 食生活  
起床 \_\_\_\_\_ 時 朝食 \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時 昼食 \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時 夕食 \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時  
就寝 \_\_\_\_\_ 時

## 15. 運動をしていますか？

- していない ・ している(毎日 \_\_\_\_\_ 回/週, \_\_\_\_\_ 回/月)  
運動内容( \_\_\_\_\_ )

## 16. 女性の方のみ, お子様の出産時のことについてお答え下さい。

	お子様出生時の体重	出産時の年齢	出産時の体重	出産1年後の体重
第1子	g	歳	kg	kg
第2子	g	歳	kg	kg
第3子	g	歳	kg	kg

# 生活習慣病・糖尿病問診票

## 17. あなたの考えをお書き下さい.

- (1) 糖尿病と言われて、現在困っていますか. 実感がありますか?  
( )
- (2) 糖尿病は、どのような病気だと聞いていますか?  
( )
- (3) ここ1～2年の生活・食生活で変わったことがありますか?  
( )
- (4) どうして糖尿病になったと思いますか?  
( )

## 18. 現在の生活状況で改善したいと思っていること, 困っていることはなんですか?

## 19. 当院の医師やスタッフに希望すること, して欲しいこと, 聞いてみたいことなど ありましたら自由にお書き下さい.