

糖尿病・生活習慣病

ID: _____

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 様 (_____) 歳 男 ・ 女

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg

過去の最高体重 _____ kg (_____) 歳時 20 歳時の体重 _____ kg

最近の体重の変化: _____ ヶ月で _____ kg 体重が (増えた ・ 減った)

1. あなたは糖尿病、もしくは血糖値が高いと言われていましたか？

はい ・ いいえ

2. 1で「はい」と答えた方に

● いつから血糖値が高いといわれていますか？

昭和・平成 _____ 年 _____ 月頃から / _____ 歳頃から

● 血糖値が高いとわかった理由は何ですか？ (□をチェックしてください)

- 健診・人間ドックで指摘された
- 症状があったので、近医を受診したら血糖値が高いといわれた
- 他の病気で病院を受診した際、検査で血糖値が高いといわれた(受診時の病名 _____)
- その他 (_____)

3. 以下に示す症状のうち、現在当てはまるものに□チェックしてください。

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> のどが渇く | <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 運動時に胸が痛い・重い |
| <input type="checkbox"/> 水をたくさん飲む | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 動悸、息切れ |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 顔や手足がむくむ | <input type="checkbox"/> 月経がない |
| <input type="checkbox"/> 食欲が増した | <input type="checkbox"/> 足裏や足指にしびれがある | <input type="checkbox"/> 勃起障害がある |
| <input type="checkbox"/> 食欲が低下した | <input type="checkbox"/> 足が痛い | <input type="checkbox"/> 傷が治りにくい |
| <input type="checkbox"/> 体重が増えた | <input type="checkbox"/> こむら返り | <input type="checkbox"/> 皮膚に潰瘍がある |
| <input type="checkbox"/> 体重が減った | <input type="checkbox"/> 水虫がある | <input type="checkbox"/> 気分が憂うつ |
| <input type="checkbox"/> 視力が低下した | <input type="checkbox"/> 寒がりになり、手足が冷える | <input type="checkbox"/> 眠れない、熟睡できない |
| <input type="checkbox"/> 味覚が変わった | <input type="checkbox"/> 便秘、下痢を繰り返す | <input type="checkbox"/> その他 |

その他と答えた方は具体的に症状を記載してください

.....
.....

4. 今まで糖尿病の治療を受けたことがありますか？

- いいえ
- はい → 糖尿病の薬を飲んでいる、または飲んでいた
開始した年齢 () 歳、薬の名前 ()
中止した年齢 () 歳、中止した理由 ()
- インスリン注射をしている、またはしていた
開始した年齢 () 歳、薬の名前 ()
中止した年齢 () 歳、中止した理由 ()
- 食事・運動療法のみ：具体的な指示 ()
- 治療入院の経験あり () 病院 時期 ()
- 教育入院の経験あり () 病院 時期 ()
- 栄養指導の経験あり () kcal 塩分 () g

5. 現在、他の病気がありますか？また、その病気に対して治療を受けていれば、治療の内容と治療を受けた医療機関名を下段に書いてください。

- | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂肪肝 | <input type="checkbox"/> 狭心症 |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型/C型) | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 水虫 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> その他の動脈硬化 |
| <input type="checkbox"/> 治療でステロイドを使用する病気 | <input type="checkbox"/> その他 | |

上記以外に大きな病気で通院したり、入院したり、手術を受けたことがあれば書いてください。

6. ご家族(血縁者)のご病気について教えてください。

以下のご病気で当てはまるものはありますか？

- | | 誰に | | 誰に |
|-----------------------------------|-----|-------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | () | <input type="checkbox"/> 狭心症 | () |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | () | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | () |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症 | () | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | () |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | () | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | () |
| <input type="checkbox"/> がん | () | <input type="checkbox"/> その他 | () |

血縁者に糖尿病の方がいると答えた方に

- その方の治療内容は何ですか
 食事・運動療法のみ 内服薬 インスリン療法
- その方に糖尿病に関連した合併症がありましたか？
 透析 失明 壊疽/下肢切断
 脳梗塞 狭心症/心筋梗塞 脳溢血
 その他(わかる範囲で詳しく：)

7. 現在の生活習慣についてお答え下さい。

- 食事 自分で作る 家族が作る 外食が多い(朝/昼/夜)
 良くかんで食べる 早食いである 間食が多い/甘い物好き
 夜食が多い 油ものが多い 食事時間が不規則である
 朝食を摂らない事が多い 夕食が遅い () 時頃
- タバコを吸いますか? いいえ はい (1日 本x 年間)
- お酒を飲みますか? いいえ はい (量: 1日 を週 日)
- 運動 特にしていない
 毎日 週 () 回 月 () 回
運動内容 () 運動時間 () 分
- 仕事 軽労作 : デスクワークが主の人、主婦など
 普通の労作 : 立ち仕事が多い職業
 重労作 : 力仕事が多い職業
 2/3交代勤務(夜勤も含む)あり タクシー運転手 営業
- 睡眠 おおよそ () 時間 : () 時 ~ () 時

8. 現在、職場や地域で定期健診・がん検診を受けていますか?

- はい いいえ

「はい」と答えた方に、今日健診結果をお持ちですか?
お持ちでしたら、この問診表を提出する際に一緒に提出してください。

9. 女性の方にお聞きします。

- 現在生理はありますか? はい いいえ(閉経した時期 歳)
- 妊娠出産の経験はおありですか? はい いいえ

「はい」と答えた方にお聞きします

- 妊娠中毒症といわれたことがある
- 妊娠中に尿糖が出ている/血糖値が高いといわれた
- 出産した子供の体重が 4000g 以上だった
- その他、妊娠中に医学的な問題を指摘された (具体的に:)

10. 内服薬や注射でアレルギーが出たことはありますか?

- はい いいえ

はいと答えた方に、アレルギーが出た薬の名前をわかる範囲で詳しく書いてください。

.....
.....

11. 現在内服中の薬はありますか? あれば書いてください。

.....
.....

お薬手帳をお持ちの方は提出してください。

お疲れ様でした。