

メディカルプラザ小岩駅 問診票

健康診断後

看護師が
記入します

身長: cm
体重: kg
BMI:
血圧:
脈拍:

- * よりよい診療のため、診察にあたり、以下の質問にお答えください。
- * 記入できる部分だけで結構です。のちほどスタッフが内容を確認させていただきます。

お名前 () 年齢 (歳)

* 定期受診についての希望

→頻度: ()カ月ごと

→曜日: (平日 ・ 土曜)

→時間帯: (午前 ・ 午後)

* 出身地: (都・道・府・県)

* 職業: ()

→転勤はありますか? (無 ・ 有)

* 20歳時の体重: ()kg

* 過去の最高体重: ()kg ()歳の時

* 自宅に血圧計はありますか?

(はい ・ いいえ)

→「はい」とお答えの方

* 血圧手帳はありますか?

(はい ・ いいえ)

定期的に健康診断を受けていますか?

受けていない

受けている→頻度: (1年ごと ・ 半年ごと ・ その他:)

最後に健康診断を受けたのは、いつですか?

(年 月頃)

健康診断で血糖値の異常を指摘されたのは、いつですか?

()歳の時 今回が初めて

本日の診察結果を勤務先に報告する必要がありますか?

ない

あり →所定の報告用紙はありますか? (いいえ ・ はい)

現在の状況 *あてはまる項目すべてにチェックしてください

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> のどの渇き | <input type="checkbox"/> 手のしびれ | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 足のしびれ | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 身体がだるい | <input type="checkbox"/> 足がつりやすい | <input type="checkbox"/> 水虫 | () |
| <input type="checkbox"/> 体重減少 | <input type="checkbox"/> 視力の低下 | <input type="checkbox"/> 不眠(寝つきが悪い・途中で起きる) | <input type="checkbox"/> 特にない |
| | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | | |

今までの糖尿病治療状況について (複数回答可)

- 病院へは行っていない (理由: 仕事多忙・介護のため・病院へ行くのが怖かった・その他:)
- 食事療法のみ * 栄養指導を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
- 飲み薬 * 飲み薬を開始した年齢 () 歳の時
* 飲み薬の名前(種類) ()
- インスリン注射 * インスリンを開始した年齢 () 歳の時
* インスリンの種類()・単位(朝・昼・夕・寝る前)
- 糖尿病治療で入院(教育入院)したことがある * いつですか? ()
* どの病院ですか? ()
- 眼科で糖尿病網膜症の有無を調べたことがある * 眼科を最後に受診したのはいつですか? (年 月)
* 糖尿病網膜症はありましたか? (有・無)
* 糖尿病眼手帳を持っていますか? (はい・いいえ)
- 治療を受けていたが中断した (理由:)

今までに食品や薬剤でアレルギーを起こしたことはありますか?

- ない
- ある
 - * 食品: ()
 - * 薬剤: ()
 - * その他: ()

(女性の方へ) 妊娠出産歴はありますか? (はい・いいえ)

→「はい」の場合 出産時の年齢・出生時のこどもの体重を教え下さい

(第1子: 歳 g、第2子 歳 g、第3子 歳 g)

→「はい」の場合 妊娠出産時にトラブルはありましたか?

(はい・いいえ)

糖尿病以外で治療中、または指摘された病気はありますか？

- ない
- 高血圧 (歳)
- 脂質異常症 (歳)
- 心臓の病気 (歳)
(狭心症・心筋梗塞・不整脈
その他:)
- 腎臓病 (歳)
- 脳梗塞 (歳)
- 痛風 (歳)
- 脂肪肝 (歳)
- 肝臓病 (歳)
- その他 (歳)

既往歴【看護師がのちほど記入します】

現在、定期的に通院している病院はありますか？また薬を処方されていますか？

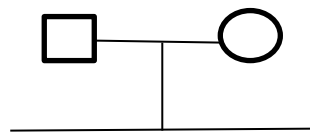
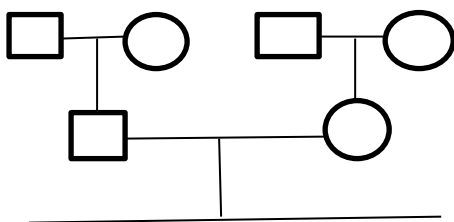
- 眼科→病院名:() 薬の処方: (無 ・ 有:)
- 歯科→病院名:() 薬の処方: (無 ・ 有:)
- 整形外科→病院名:() 薬の処方: (無 ・ 有:)
- 皮膚科→病院名:() 薬の処方: (無 ・ 有:)
- 循環器科→病院名:() 薬の処方: (無 ・ 有:)
- その他 () 薬の処方: (無 ・ 有:)
- 病院へは行っていないがサプリメントを飲んでいる

血縁者(血のつながった家族または親戚)の方に次の病気はありますか？

- (1) 本人との関係 (): (糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・腎臓病・がん)
- (2) 本人との関係 (): (糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・腎臓病・がん)
- (3) 本人との関係 (): (糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・腎臓病・がん)

家族構成【看護師がのちほど記入します】

キーパーソン:()



一日の過ごし方 【看護師がのちほど記入します】

0時	6時	12時	18時	24時

食生活について(複数回答可)

- ほぼ自分が作る ほぼ家族が作る 朝食抜きが多い 昼は外食中心
- 夕食は22時以降が多い 夜は付き合いの食事・飲み会が多い 早食いである 野菜が苦手
- 野菜を多く食べる方である 揚げ物を好んで食べる エネルギー量を気にして食事している
- 炭水化物をとらないようにしている おやつを食べる(食べる時間: 朝～昼・昼～夕・夕食後)

アルコールについて

- 飲まない 以前は飲んでいたが最近は飲まなくなった
- 付き合いで飲む程度 () 回/月 よく飲む () 回/週
- * よく飲むアルコールの種類:(ビール・日本酒・焼酎・ウィスキー・カクテル)
- * 飲酒量:()mlくらい/日

運動の習慣はありますか？

- ない ある⇒内容:()
- 時間:()分/1週間

喫煙について

- もともと吸わない
- 禁煙した⇒喫煙期間 () 歳 × 本数 () 本/日 * () 歳で禁煙した
- 喫煙中 ⇒喫煙期間 () 歳から × 本数 () 本/日

先生に特に聞きたいことはありますか？

- なし
- 現在の糖尿病の状況
- 医療費がどのくらいかかるのか
- 糖尿病合併症はあるのか
- その他:()

