

初診問診票

初診の方はご記入お願いいたします

令和 年 月 日

フリガナ					
氏名				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
住所	〒				【職業】
電話番号	【自宅】		【携帯】		
●当院を知ったきっかけを教えてください。	<input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他()				

●本日はどのような症状でいらっしゃいましたか

・糖尿病（血糖値が高い） ・高血圧 ・脂質異常症 ・甲状腺 ・心臓病 ・風邪

・その他

●上記の病気で、治療を受けましたか

・いいえ ・はい [病院名: _____]

●現在、内服中の薬がある方はご記入ください。 お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬: _____

●アレルギーをお持ちですか ・いいえ ・はい [アレルギー名: _____]

●アルコールについて ・飲まない ・毎日 ・週 () 日 ・月 () 日

お酒の種類: _____ 量: _____

●現在、過去を含め喫煙歴はありますか

・いいえ ・はい (1日 本位 歳 ~ 歳 年間)

●今までに手術を受けたことはありますか 「はい」の方はどのような手術をされましたか

・いいえ ・はい 歳

●今までに輸血を受けたことはありますか ・いいえ ・はい

●1年以内に健康診断を受けたことがありますか ・いいえ ・はい

●女性の方のみお答え下さい

現在、妊娠中または授乳中ですか ・いいえ ・妊娠中 (月) ・妊娠の可能性あり ・授乳中

※裏面のご記入をお願いいたします

●下記の病気を指摘されたことがありますか

- ・糖尿病性網膜症（眼底出血など） 1. ある（ 歳から） 2. なし
- ・糖尿病性腎症（尿タンパク） 1. ある（ 歳から） 2. なし
- ・心臓病 1. ある（ 歳から） 2. なし
- ・脳卒中 1. ある（ 歳から） 2. なし
- ・喘息 1. ある（ 歳から） 2. なし
- ・緑内障 1. ある（ 歳から） 2. なし

●血縁の方に下記の病歴の方がいますか

- ・糖尿病 いない ・いる （祖父・祖母・父・母・兄弟・子供・親戚）
- ・心臓病 いない ・いる （祖父・祖母・父・母・兄弟・子供・親戚）

糖尿病で診察の方は以下もご記入ください

●糖尿病（または血糖値が高い）と初めて言われたのは何歳のときですか。また、どこで指摘されましたか。
 _____歳ごろ 1. 検診または人間ドック

2. 他の病院またはクリニック（病院またはクリニック

名：_____）

●今現在、何か症状はありますか。（該当するもの全てに○をつけて下さい）

- 1. のどが渇く 2. 多飲 3. 尿の量や回数が多い 4. 手足のしびれ 5. 視力低下 6. だるい
- 7. 体重の増減（_____ヶ月で_____Kg 減少・増加）
- 8. その他（ _____ ） 9. 特になし

●現在の足の状態について該当するものに○をつけて下さい。（症状がある方は足型の場所に印をつけて下さい）

- 1. 感覚が鈍っている 2. 痛みやしびれを感じる 3. 悪臭 4. 腫れ 5. 靴擦れ
- 6. タコ（胼胝） 7. 傷（切り傷、ひっかき傷） 8. 化膿
- 9. 傷が治りにくい 10. 水ぶくれ 11. 足の色が悪い
- 12. 皮膚の乾燥やひび割れ 13. 特になし

●糖尿病の薬（経口血糖降下薬）を内服していますか。

- 1. はい（_____歳から）
- 2. いいえ

●インスリン注射はしていますか。

- 1. 注射している（_____）歳から
- 2. 注射していない



インスリンの単位や名前がわかればお書き下さい。

種類（ _____ ） 朝 _____ 単位 昼 _____ 単位 夕 _____ 単位 寝る前 _____ 単位
 種類（ _____ ） 朝 _____ 単位 昼 _____ 単位 夕 _____ 単位 寝る前 _____ 単位

(看護師)	(検査)	(足病変)
・患者 I D _____	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿	<input type="checkbox"/> 無
・身長（ _____ ） cm ・体重（ _____ ） kg	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> CAVI	<input type="checkbox"/> 有
・BT（ _____ ）℃ ・BP （ _____ / _____ ）	<input type="checkbox"/> レントゲン（胸部／骨 塩）	
・P（ _____ ） ・SPO2（ _____ ）%		