

ID _____

初診問診票

令和 年 月 日

フリガナ			
氏名	□男 □女		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 年齢 歳
住所	〒		
電話番号	【自宅】 【緊急連絡先】	【携帯】 (続柄	お名前)
●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"/> 知人家族からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> その他 ()		

●あてはまるものに○をつけてください **※糖尿病の方は裏面のご記入もお願いします。**

- ・糖尿病 (または血糖値が高い) ・高血圧 ・高コレステロール ・睡眠時無呼吸症候群
・甲状腺 (病名 _____) ・風邪 (最高体温 _____℃) ・その他

●本日の来院理由をお聞かせください

いつから症状がありますか?
どのような症状ですか?

●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、内服している薬がありましたらご記入ください 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: _____ 症状: _____]

●たばこは吸われますか ・吸わない ・吸っていた ・吸っている 1日 () 本 () 年間

●アルコールは飲めますか

・飲まない ・毎日 ・週 () 日 ・月 () 日 種類: _____ 量: _____

●今までにかかった主な病気を教えてください

_____ 発症年齢 () 歳 _____ 発症年齢 () 歳

●手術を受けたことはありますか ・なし ・あり (病名: _____ 時期: _____)

●輸血を受けたことはありますか ・なし ・あり

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

—看護師記入欄—

身長 () cm 体重 () kg
BT () °C BP (/)
P () SPO2 () %

●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図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

●インスリン注射をしていますか。

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分かる方はご記入下さい。

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

●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

●血縁の方に糖尿病の方はいますか。

1. いる
2. いない

〔いる〕と答えた方は糖尿病または糖尿病の疑いと思われる方に○（複数可）をつけて下さい。

1. 祖父
2. 祖母
3. 父
4. 母
5. 兄弟（_____）
6. 子供（_____）
7. 親戚（_____） ※例えば父方のおばなど

以上となります。ご記入ありがとうございました。