

お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) ご職業 \_\_\_\_\_  
紹介者 あり \_\_\_\_\_  
なし \_\_\_\_\_  
インターネットなど \_\_\_\_\_

## 1. 現在の症状についてお尋ねします。

現在、以下の症状がある場合、○を付けてください。

- ( ) のどの渇き ( ) 水やジュースなどを大量に飲む ( ) 尿がたくさん出る  
( ) 身体のだるさ ( ) 体重が減る ( ) 手足のしびれ (ジンジン ピリピリ)  
( ) 手足が痛い ( ) むくみ ( ) 手足が冷たい(熱い)  
( ) 足の裏に違和感がある ( ) 目が見えにくい ( ) 便通異常  
( ) 立ちくらみ  
( ) その他 \_\_\_\_\_

それはいつごろからですか \_\_\_\_\_

- ( ) 何もない

## 2. すでに糖尿病と診断されている方にお伺いします

生まれて初めて糖尿病と診断されたのはいつですか

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (頃) または \_\_\_\_\_歳頃

診断のきっかけはどのようなことでしたか？下記から選んでください。

- ( ) 健康診断で指摘された  
( ) 風邪など他の病気で受診した際に指摘された  
( ) 糖尿病特有の症状があり、受診して指摘された  
( ) その他 \_\_\_\_\_

その頃のデータがわかればお教えてください

## 3. 最近眼底検査を受けましたか？ (はい いいえ)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (頃)

どちらの眼科ですか？ \_\_\_\_\_

## 4. 体重についてお伺いします。

過去最も肥っていたときは何キロありましたか？ \_\_\_\_\_キロ \_\_\_\_\_歳頃

20歳の頃の体重は何キロでしたか？ \_\_\_\_\_キロ

急にやせたり肥ったりした時期がありますか？ (はい いいえ)

具体的にお教えてください。 \_\_\_\_\_

## 5. 女性の方にお伺いします。差し支えなければお書きください。

妊娠・出産を経験されましたか？ (はい いいえ)

経過は順調でしたか？ (はい いいえ)

お子さんの出生時体重は何グラムでしたか？ \_\_\_\_\_g \_\_\_\_\_g \_\_\_\_\_g

6. これまでの治療についてお伺いします。

- 食事療法について 食事指導を受けたことがありますか？ (はい いいえ)

いつ頃 \_\_\_\_\_ ところで \_\_\_\_\_

何キロカロリーの指示でしたか？ \_\_\_\_\_ キロカロリー ( ) 忘れた

- 運動療法について 何か定期的に行っている運動がありますか？ (はい いいえ)

どんな運動を \_\_\_\_\_ ( ) 毎日 または週に ( ) 回程度

- 薬物療法について

現在糖尿病の薬を服用していますか？ (はい いいえ)

薬の種類と量をお教えてください \_\_\_\_\_

現在インスリンの注射をしていますか？ (はい いいえ)

インスリンの種類と量、回数をお教えてください \_\_\_\_\_

7. 現在糖尿病以外に病気をお持ちですか？ (はい いいえ)

( ) 心臓病 ( ) 高血圧 ( ) 脳血管障害 ( ) 腎臓病 ( ) 痛風

( ) 悪性腫瘍(がん) ( ) 眼の病気 ( ) その他 \_\_\_\_\_

その病気については現在治療を受けていますか？ (はい いいえ)

その治療内容をお教えてください \_\_\_\_\_

8. いままでに大きな病気をしたことがありますか？

\_\_\_\_\_

9. ご家族(血縁者)に次の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？ (はい いいえ)

( ) 糖尿病 ( ) 心臓病 ( ) 高血圧 ( ) 脳血管障害 ( ) 腎臓病

( ) 痛風 ( ) 悪性腫瘍(がん) ( ) 眼の病気 ( ) その他

10. 煙草はお吸いになりますか？ (はい いいえ) 1日約 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間

11. お酒はお飲みになりますか？ (はい いいえ) 何をどれくらい飲まれますか？

\_\_\_\_\_

12. 特に医師に知らせたいこと、聞きたいこと、その他ご希望がありましたらお書きください。