

糖尿病外来 問診票

年 月 日

名前

身長

c m 体重

k g

・初めて糖尿病と診断されたのはいつごろですか？ ()

・初めて血糖値が高いと診断されたのはいつごろですか？ ()

・ご両親きょうだいに糖尿病の方はおられますか？ ()

父・母・きょうだい (具体的に)

・今までで一番体重が増えたのはいつですか？ (いつ頃 k g)

・1日の食事はどのようにとっていますか？

朝食

朝・昼兼用

昼食

夕食

夜食

(時頃) (時頃) (時頃) (時頃) (時頃)

・間食はしますか？ はい ()・いいえ

・運動はしますか？ はい ()・いいえ

・お仕事はされていますか？ はい ()・いいえ

・喫煙はしていますか？ はい (本/日 何年間)・いいえ

・飲酒はしますか？ はい (何を どの位)・いいえ

・糖尿病を良くする (血糖値を下げる) ために

自分で気をつけていることはありますか？

はい (具体的に)・いいえ

・自覚症状はありますか？ はい ()・いいえ

・通院中の病気はありますか？ はい ()・いいえ