

生活習慣病問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日 (男・女)

住所:〒

電話番号:

Q. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- 他院からの紹介 知人の紹介 () 様 ホームページ
 新聞の折込広告 当院の看板 その他 ()

Q. 本日受診された経緯について教えてください。

- 生活習慣病の継続治療希望 健診で指摘 () で指摘された)
 医師の紹介 自覚症状があり検査したい(症状:)
 その他()

Q. 現在、治療中の病気はありますか？ いいえ はい

※『はい』と答えた方は、当てはまるものを選んでください

- 糖尿病 高血圧 脂質異常症 (高コレステロール血症) 高尿酸血症
 肥満症 肝機能障害 心疾患 脳梗塞・脳血管障害 甲状腺機能低下
 アレルギー性鼻炎・花粉症 緑内障 夜尿症 ED その他 ()

Q. 下記の症状のうち当てはまるものがありますか？ いいえ はい

※『はい』と答えた方は、当てはまるものを選んでください

- のどが渇く 水分を多くとる (何を飲みますか?) 尿が多い 体がだるい
 目のかすみ 手足のしびれ 足がつる 体重減少 (カ月で kg)
 その他 ()

Q. 健康診断や人間ドックを定期的に受けていますか？ いいえ はい

Q. 体重についてお書きください。

過去最大体重 () kg ()歳頃 20歳頃の体重 () kg

裏面に続く

Q. 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか？ () には (母) などご関係を記入してください。

- 糖尿病 () 高血圧 () 脂質異常症 ()
 心臓病 () 脳卒中 () 腎臓病 ()
 癌 () その他 ()

Q. 薬・注射・食物アレルギーを起こした事がありますか？ いいえ はい

※『はい』と答えた方は、どんな薬剤また食べ物ですか？

()

Q. タバコは吸われますか？ いいえ はい

※『はい』と答えた方は、本数等を教えてください (本/日 × 年間)

※過去に吸われていた方は、禁煙してからどれくらい経ちますか？()

Q. お酒は飲まれますか？ いいえ はい

※『はい』と答えた方は、どの程度飲まれますか？

(内容； 頻度； ml/日 × 日/週)

Q. 生活習慣や食事についてお伺いします。

一人暮らし 単身赴任 家族と同居 (誰と暮らしていますか？ :)

外食中心 コンビニ食や出来合いの食事が多い 出張が多い

・お食事の時間を教えてください。朝 () 時頃 昼 () 時頃 夕 () 時頃

・家庭での主な調理者はどなたですか？ ()

・お仕事をされていますか？ いいえ はい (内容：)

・夜勤やシフト勤務はありますか？ いいえ はい

Q. 運動習慣はありますか？ いいえ はい (内容： 頻度：)

Q. 女性の方に質問です。

現在妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

これまでに出産を経験されたことはありますか？ いいえ はい

妊娠糖尿病を指摘されたことはありますか？ いいえ はい

Q. ご質問、ご希望がありました事前に教えてください。

()

ご協力ありがとうございました

日暮里内科・糖尿病内科クリニック