

メディカルプラザ小岩駅 問診票

健康診断後

看護師が
記入します

身長: cm

体重: kg

BMI:

血圧:

脈拍:

* よりよい診療のため、診察にあたり、以下の質問にお答えください。

* 記入できる部分だけで結構です。のちほどスタッフが内容を確認させていただきます。

お名前 () 年齢 (歳)

* 定期受診についての希望

→頻度: ()ヵ月ごと

→曜日: (平日・土曜)

→時間帯: (午前・午後)

* 20歳時の体重: ()kg

* 過去の最高体重: ()kg ()歳の時

* 自宅に血圧計はありますか？

(はい・いいえ)

→「はい」とお答えの方

* 出身地: (都・道・府・県)

* 職業: ()

→転勤はありますか？(無・有)

* 血圧手帳はありますか？

(はい・いいえ)

定期的に健康診断を受けていますか？

受けていない

受けている→頻度: (1年ごと・半年ごと・その他:)

最後に健康診断を受けたのは、いつですか？

(年 月頃)

健康診断で血糖値の異常を指摘されたのは、いつですか？

()歳の時 今回が初めて

本日の診察結果を勤務先に報告する必要がありますか？

ない

あり →所定の報告用紙はありますか？ (いいえ・はい)

現在の状況 *あてはまる項目すべてにチェックしてください

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> のどの渇き | <input type="checkbox"/> 手のしびれ | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 足のしびれ | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 身体がだるい | <input type="checkbox"/> 足がつりやすい | <input type="checkbox"/> 水虫 | () |
| <input type="checkbox"/> 体重減少 | <input type="checkbox"/> 視力の低下 | <input type="checkbox"/> 不眠(寝つきが悪い・途中で起きる) | <input type="checkbox"/> 特になし |
| | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | | |

今までの糖尿病治療状況について (複数回答可)

- 病院へは行っていない (理由: 仕事多忙・介護のため・病院へ行くのが怖かった・その他:)
- 食事療法のみ *栄養指導を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
- 飲み薬 *飲み薬を開始した年齢 ()歳の時
*飲み薬の名前(種類) ()
- インスリン注射 *インスリンを開始した年齢 ()歳の時
*インスリンの種類()・単位(朝・昼・夕・寝る前)
- 糖尿病治療で入院(教育入院)したことがある *いつですか? ()
*どこの病院ですか? ()
- 眼科で糖尿病網膜症の有無を調べたことがある *眼科を最後に受診したのはいつですか? (年 月)
*糖尿病網膜症はありましたか? (有・無)
*糖尿病眼手帳を持っていますか? (はい・いいえ)
- 治療を受けていたが中断した (理由:)

今までに食品や薬剤でアレルギーを起こしたことはありますか?

- ない
- ある
 - *食品:()
 - *薬剤:()
 - *その他:()

(女性の方へ)妊娠出産歴はありますか? (はい・いいえ)

→「はい」の場合 出産時の年齢・出生時のこどもの体重を教えてください

(第1子: 歳 g、第2子 歳 g、第3子 歳 g)

→「はい」の場合 妊娠出産時にトラブルはありましたか?

(はい・いいえ)

糖尿病以外で治療中、または指摘された病気はありますか？

- ない
- 高血圧 (歳)
- 脂質異常症 (歳)
- 心臓の病気 (歳)
(狭心症・心筋梗塞・不整脈
その他:)
- 腎臓病 (歳)
- 脳梗塞 (歳)
- 痛風 (歳)
- 脂肪肝 (歳)
- 肝臓病 (歳)
- その他 (歳)

既往歴【看護師がのちほど記入します】

現在、定期的に受診している病院はありますか？また薬を処方されていますか？

- 眼科→病院名:() 薬の処方:(無・有:)
- 歯科→病院名:() 薬の処方:(無・有:)
- 整形外科→病院名:() 薬の処方:(無・有:)
- 皮膚科→病院名:() 薬の処方:(無・有:)
- 循環器科→病院名:() 薬の処方:(無・有:)
- その他 () 薬の処方:(無・有:)
- 病院へは行っていないがサプリメントを飲んでいる

血縁者(血のつながった家族または親戚)の方に次の病気はありますか？

- (1) 本人との関係 (): (糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・腎臓病・がん)
- (2) 本人との関係 (): (糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・腎臓病・がん)
- (3) 本人との関係 (): (糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・腎臓病・がん)

家族構成【看護師がのちほど記入します】 キーパーソン:()

