

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 (小岩 花子) 年齢 (50 歳)

* 定期受診についての希望

- 頻度: (1) か月ごと
- 曜日: (平日・土曜)
- 時間帯: (午前・午後)

* 20歳時の体重: (50) kg

* 過去の最高体重: (75) kg (48) 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: (東京 都・道・府・県)

* 職業: (会社員・事務業務)

* 血圧手帳はありますか？

→ 転勤はありますか？ (無・有)

(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？

(2023 年 6 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？

(48) 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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:)

お薬手帳をお持ちの場合、
薬剤名のご記入は不要です

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: 28 歳 3200 g、第2子 31 歳 3500 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 (45 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 (40 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:(○○歯科) 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 (△△内科) 薬の処方:(無・有: アムロジピン5mg)
- 病院へは行っていないがサプリメントを飲んでいる

お薬手帳をお持ちの場合、薬剤名のご記入は不要です

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 (母): (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 (父): (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:()

一日の過ごし方

0時	6時	7時	9時	12時	15時	17時	18時	24時
	起床	朝食	仕事	昼食	おやつ	帰宅	夕食	就寝

食生活について(複数回答可)

- ほぼ自分が作る ほぼ家族が作る 朝食抜きが多い 昼は外食中心
- 夕食は22時以降が多い 夜は付き合いの食事・飲み会が多い 早食いである 野菜が苦手
- 野菜を多く食べる方である 揚げ物を好んで食べる エネルギー量を気にして食事している
- 炭水化物をとらないようにしている おやつを食べる(食べる時間: 朝~昼・昼~夕・夕食後)

《食事内容》

朝食	昼食	夕食	間食	飲み物
食パン(6枚切り1枚) ゆでたまご ヨーグルト バナナ1本	コンビニのお弁当 カレー 中華料理	ごはん おかず(揚げ物中心) 味噌汁	おせんべい チョコレート	1日(1)L位 お茶 コーヒー 炭酸飲料

アルコールについて

- 飲まない 以前は飲んでいたが最近は飲まなくなった
- 付き合いで飲む程度 (4 回/月) よく飲む (回/週)
- * よく飲むアルコールの種類: ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・カクテル)
- * 飲酒量: (1000)mlくらい/日

運動の習慣はありますか?

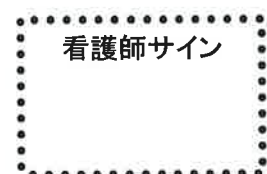
- ない ある⇒内容: ()
- 時間: ()分/1週間

喫煙について

- もともと吸わない
- 禁煙した⇒喫煙期間 (20 ~ 28)歳 × 本数 (20)本/日 * (28)歳で禁煙した
- 喫煙中 ⇒喫煙期間 ()歳から × 本数 ()本/日

先生に特に聞きたいことはありますか?

- なし
- 現在の糖尿病の状況
- 医療費がどのくらいかかるのか
- 糖尿病合併症はあるのか
- その他: ()



当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 ◆「医療情報取得加算(初診時)加算1」、「加算2」(電子資格確認により診療情報を取得した場合)
 ◆「医療情報取得加算(再診)加算3」、「加算4」(電子資格により診療情報を取得した場合)