

メディカルプラザ小岩駅 問診票

初診時標準

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: () カ月ごと

→ 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

* 出生時 (自然・帝王切開)

* 出身地: (都・道・府・県)

(はい・いいえ)

* 職業: ()

→ 「はい」とお答えの方

→ 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)

糖尿病と指摘されたのは、いつですか?

() 歳の時

今回が初めて

今まで指摘されたことはない

糖尿病を発見されたきっかけは?

健診・人間ドック (受診場所:)

糖尿病を疑い、自分から病院を受診した (病院名:)

病院で偶然発見 (病院名:)

その他 ()

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

のどの渇き

手のしびれ

便秘

立ちくらみ

尿の回数が多い

足のしびれ

下痢

その他

身体がだるい

足がつりやすい

水虫

()

体重減少

視力の低下

不眠 (寝つきが悪い・

胸の痛み

途中で起きる)



足の外観異常(有・無)

- 発赤 腫脹 潰瘍 壊死
- 乾燥・ひび割れ チアノーゼ 変形
- 陥入爪 胼胝
- 白癬(部位: _____)

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: _____)

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?

(いいえ・はい: _____)

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、定期的に通院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

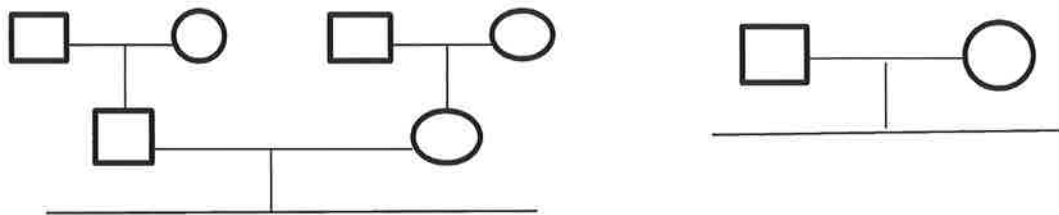
血縁者(血のつながった家族または親戚)の方に次の病気はありますか？

- (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:()

介護保険:(なし ・ あり:)



一日の過ごし方

0時	6時	12時	18時	24時

食生活について

- 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 早食いだである 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
				1日()L位

アルコールについて

- 飲まない 以前は飲んでいたが最近では飲まなくなった
- 付き合いで飲む程度 (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:()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 (~)歳 × 本数 ()本/日 * ()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:()

看護師サイン

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)