

# 糖尿病内科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日	年 月 日
電話番号	〒 ー	
携帯番号	住所	

1 現在、気になる症状はありますか？あればご記入ください。		
2 現在、治療中の病気はありますか？あればご記入ください。		
3 糖尿病と言われた時期はいつでしょう？	歳ごろ	
4 現在、糖尿病の治療をしていますか？していたらご記入ください。 <input type="checkbox"/> 食事療法のみ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 以前は薬を飲んでいた		
5 過去最高体重は何キロでしょう？	kg	歳
20歳の頃の体重は何キロでしょう？	kg	
6 健診はだいたい毎年受けていましたか？		
7 ご職業は何ですか？夜勤はありますか？		
8 趣味はありますか？		
9 アルコールを週に5回以上飲みますか？（飲む方は何をどのくらい飲みますか？）		
10 タバコを吸いますか？（吸う方は1日何本吸いますか？）		
11 家族（祖父母、父母、兄弟含む）に糖尿病の方はいらっしゃいますか？		
12 家族構成を教えてください（同居人数、単身赴任、など）		
13 どちらで当院をお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人友人から聞いて <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院から紹介 <input type="checkbox"/> 当院の看板を見て <input type="checkbox"/> その他		

ご協力ありがとうございました