

フリガナ

氏名

生年月日 (年 月 日)

住所

電話番号 (- -))

発症	▶ はじめて糖尿病（尿に糖が出ている、血糖値が高い）と言われたのはいつ頃ですか？ _____年_____月頃 または _____才頃 ☐健康診断 ☐人間ドック ☐他の病気で病院に行った時 ☐その他（_____）
治療歴	▶ これまでに糖尿病の治療をしたことがありますか？ ☐治療したことがない。 ☐過去に病院を受診したが中断していた。 ☐治療を受けている。 受診していた病院名：_____ 治療期間：_____ 治療内容：_____
症状	▶ 現在、自覚症状がありますか？ ☐のどが渇く ☐尿の量・回数が多い ☐全身がだるい・疲れやすい ☐目が見えにくい ☐手足のしびれ、違和感 ☐立ちくらみ ☐急に体重が減った（_____ヵ月または_____年で _____kg → _____kg に減少） ▶ その他、<u>気になる症状、不安なこと、ご要望</u>があれば、以下にご記入ください。
体重	▶ 20才頃の時の体重は _____kg ▶ 過去の最大体重は _____kg （_____才～_____才頃） ▶ 糖尿病がわかった時の体重は _____kg
タバコ	☐吸わない ☐吸っている ： _____歳から 1日_____本程度 ☐以前吸っていた： _____歳から _____歳まで 1日_____本程度
お酒	☐飲まない ☐飲む お酒の種類：_____ 飲む頻度： 1週間に_____回 ・ 機会飲酒（付き合い程度） 1回に飲む量：_____
アレルギー	▶ アレルギーはありますか？ ☐なし ☐お薬（_____） ☐食べ物（_____）

既往歴	▶ 現在、治療中の病気があればご記入ください。 ☐ 高血圧（ 歳～） ☐ 高脂血症（ 歳～） ☐ 高尿酸血症（ 歳～） ☐ 甲状腺（ 歳～） ☐ 腎臓病（ 歳～） ☐ 肝臓病（ 歳～） ☐ 心臓病（ 歳～） ☐ 骨粗鬆症（ 歳～） ☐ 認知症（ 歳～） ☐ その他（ ） ▶ 今までに入院・手術した病気があればご記入ください。
家族歴	▶ ご家族（父母、祖父母、叔父母、兄弟姉妹、子供）で、次の病気にかかった方はいますか？ ☐ 糖尿病（ ） ☐ 高血圧（ ） ☐ 高脂血症（ ） ☐ 心臓病（ ） ☐ 脳卒中（ ） ☐ がん（ ）
食事	▶ 食事の時間とだいたいの内容を教えてください。 朝食 ☐ 食べない ☐ 食べる 時頃、内容： _____ 昼食 ☐ 食べない ☐ 食べる 時頃、内容： _____ 夕食 ☐ 食べない ☐ 食べる 時頃、内容： _____ 夜食 ☐ 食べない ☐ 食べる 時頃、内容： _____ ▶ 調理は主に誰がされますか？（ ） ☐ ほとんど外食・コンビニ食が惣菜 ▶ 下記でよく摂取する（していた）ものがあれば教えて下さい。 ☐ 菓子パン ☐ スナック菓子 ☐ 和菓子 ☐ 洋菓子 ☐ 炭酸飲料 ☐ スポーツ飲料 ☐ ジュース(野菜ジュースも含む) ☐ 牛乳・乳製品 ☐ コーヒー(砂糖入) ☐ 紅茶(砂糖入) ☐ ヤクルト ☐ プロテイン ☐ 栄養ドリンク ☐ サプリ（ ） ☐ 健康食品（ ） ☐ その他（ ）
運動	▶ 現在、運動をしていますか？ ☐ していない ☐ している 週 回× 分位 行っている運動： _____
睡眠	起床： 時頃 就寝： 時頃 夜中に 回目を覚ます
暮らし	☐ ひとり暮らし ☐ 家族と同居： ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（ ） 計 人
お仕事 (学校)	ご職業 ☐ 専業主婦(夫) ☐ 無職 勤務時間 時頃～ 時頃、 ☐ 夜勤あり ☐ 日によってバラツキ大きい
介護	▶ 現在、介護保険を利用されていますか？ ☐ いいえ ・ ☐ はい（要支援 要介護 ）
女性	▶ 女性の方のみ、おたずねします。 妊娠中ですか？ ☐ いいえ ・ ☐ 可能性あり ・ ☐ はい（出産予定日 ） 授乳中ですか？ ☐ いいえ ・ ☐ はい 出産について ☐ なし ・ ☐ あり（何歳の時ですか？ ） 月経について ☐ 順調 ・ ☐ 不順 ・ ☐ 閉経後（ 歳～）

（以下はスタッフが記入します）

身長（ cm） 体重（ kg） 血圧（ / mmHg） 脈拍（ /分）