

問 診 票 (糖尿病内科)

年 月 日	(ふりがな) お名前
-------	---------------

以下の質問にお答えください。

(1) 今までに糖尿病と言われたことがありますか？

はい いいえ

『はい』の場合 糖尿病と言われたのはいつ頃ですか？

_____年 _____月頃

どのように言われましたか？

[_____]

その後、自分なりに注意したことはありますか？

[_____]

(2) 他の医療機関で診察を受けたことがありますか？

あり なし

『あり』の場合 _____年 _____月 _____日頃

医療機関名 (_____)

(3) 今までで一番重かった体重は何kgですか？また、20歳の時の体重は何kgですか？

年齢 _____歳の時 体重 _____kg

年齢 20歳の時 体重 _____kg

(4) 現在、当てはまる症状 全て に印をつけてください。(複数回答可)

- のどの渇き 尿が近い (_____ 回/日)
- 嘔気・嘔吐 体重が減った 倦怠感 (体がだるい)
- 手足のしびれ 手足が冷たい 物が見えにくい
- その他 (_____)

