

# 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 ( \_\_\_\_\_ )

