

フリガナ

氏名 _____ 様 生年月日 S・H _____ / _____ / _____ 男・女

住所 〒 _____

電話（自宅） _____ （携帯） _____

今回の受診のきっかけをお教えてください。

健診結果 ・ 他医療機関から紹介 ・ その他

当院はどのようにしてお知りになりましたか？

看板 ・ ホームページ ・ 口コミ ・ 紹介 ・ その他

毎年健診は受けていますか？

はい ・ いいえ

何歳で初めて血糖値が高い、尿糖を指摘されましたか？

だいたい _____ 歳くらい

血糖値が高い、尿糖を指摘されたきっかけはなんですか？

健診・病院の検査（糖尿病疑いで受診・その他疾患で受診）

糖尿病の薬・注射の治療を受けたことはありますか？

はい（内容：飲み薬・注射・食事運動療法） ・ いいえ

これまでに大きな病気をされたことがありますか？

はい（内容： _____） ・ いいえ

糖尿病の家族歴はありますか？

はい（どなたですか？ _____） ・ いいえ

20歳時の体重、過去最大体重をお教えてください。

20歳時 _____ kg ・ 過去最大体重 _____ kg（ _____ 歳）

標準的な一日の食事内容をお教えてください。

朝（ _____ ）

昼（ _____ ）

夕（ _____ ）

- 食事は主にどなたが作りますか？
自分 ・ 配偶者 ・ その他家族
- 外食の頻度はどのくらいですか？
全然しない ・ あまりしない ・ ____日に1回程度
- 飲み物についてお答えください。
ジュース類 (飲まない ・ たまに ・ よく飲む)
野菜果物ジュース (飲まない ・ たまに ・ よく飲む)
糖入りコーヒー (飲まない ・ たまに ・ よく飲む)
牛乳など乳製品 (飲まない ・ たまに ・ よく飲む)
- 嗜好品についてお答えください。
喫煙 (する ・ しない ・ やめた：____年前)
飲酒 (飲まない ・ 機会があれば飲む ・ よく飲む)
- 運動の習慣はありますか？
ある (内容：) ・ ない
- その他、ご希望・疑問点などあればご自由にご記入ください。

お疲れ様でした。診察室からお呼びするまでしばらくお待ちください。