

かわさきクリニック 内科 初診問診票

氏名[ ] 年齢[ ]歳 記入年月日[ ]

1.本日はどのような症状で来院されましたか？

- 発熱→ 月 日から 最高 度 悪寒 なし・あり
- 息苦しい→ 月 日から
- せき→ 月 日から ( ) 2週間以上続いている
- ぜいぜいする→ 月 日から
- 食欲低下→ 月 日から
- 体重減少→ 約 ( ) ヶ月で ( ) kg 減少した
- 下痢→ 月 日から 1日 ( ) 回くらい。血液混入 ない・あり
- 腹痛→ 月 日から へそ周囲・左・右下腹部 赤色便 なし・あり
- 胃痛→ 月 日から 黒色便 なし・あり
- 頭痛→ 月 日から しびれ なし・あり 麻痺 なし・あり  
めまい なし・あり
- 胸痛→ 月 日から
- 嘔気・嘔吐→ 月 日から 1日 ( ) 回くらい。血液混入 ない・あり
- 体のむくみ→ 月 日から 左・右 上肢・下肢・足底・手背
- 1ヶ月以内に海外に行かれましたか？ いいえ・はい ( )
- その他→ ( )

2.上記の症状で医療機関に受診されましたか？ いいえ ・ はい

3.現在内服中の薬はありますか？ いいえ ・ はい お薬手帳持参 なし・あり

4.ご家族に糖尿病・脂質異常症(コレステロールが高い)・高血圧・脳梗塞・心筋梗塞で治療された方はいますか？

- 糖尿病 ( ) 脂質異常症 ( )
- 高血圧 ( ) 脳梗塞 ( )
- 心筋梗塞 ( )

5.今までに入院されるような大きな病気にかかったことがありますか？

- 特になし
- あり→どのようなご病気ですか？ ( )

6.飲酒や喫煙について

・アルコールは飲みますか？

飲まない

飲む→種類 ( ) ・量 ( )

頻度；( ) ほぼ毎日・( ) 週に3-4回・( ) 週に1-2回・( ) 月に1-2回

・タバコは吸いますか？

吸わない

過去に吸っていたが、今は吸わない→( ) 歳～( ) 頃まで吸っていた。

現在吸っている→1日に( ) 本、( ) 歳頃から

7.薬による副作用はありますか？

なし

あり→( )

8.アレルギー（食物・薬剤など）はありますか？

なし

あり→( )

9.女性の方のみに伺います。

妊娠している。

妊娠していない。

妊娠の可能性がある。

10.当院をどこでお知りになりましたか？

大阪市立総合医療センターで

ホームページを見て

クリニックの看板を見て（通りがかり）

家族・知人からの紹介

チラシ

他の病院・医院からの紹介→（病院・医院名）

## かわさきクリニック 糖尿病内科 初診問診票

氏名[ ] 年齢[ ]歳 記入年月日[ ]

### 1. 次の症状がありますか？

- のどの渇き  水分をよく飲む  尿が多い  体重が急に減った  
 疲れやすい  こむらがえり  視力の低下  目がかすむ  
 両側の足底や足先のしびれやピリピリ感  
 足の冷感

### 2. これまでに尿糖が出ている、血糖値が高い、糖尿病であると言われたのは、いつ頃でしたか？

( ) 歳頃

#### ・それは、どこで指摘されましたか？

健康診断（職場・学校・市町村）

人間ドック

他の病気で通院中の医院・病院

その他 ( )

#### ・その後、どうされましたか？

医療機関を受診し、定期的に通院している。

しばらく医療機関を通院し、その後中断となった。

受診は全くしていない。

年に1回の健康診断や人間ドックのみ受けている。

その他 ( )

#### ・現在糖尿病の薬物治療はされていますか？

していない。

している

薬を飲んでいる。  インスリンを注射している。  他の注射をしている

### 3. ご家族に糖尿病・脂質異常症(コレステロールが高い)・高血圧・脳梗塞・心筋梗塞で治療された方はいますか？

糖尿病 ( ) 脂質異常症 ( )

高血圧 ( ) 脳梗塞 ( )

心筋梗塞 ( )

### 4. 今までに入院されるような大きな病気にかかったことがありますか？

特になし

( ) あり→どのようなご病気ですか？ ( )

・これまで、眼科に通院したことがありますか？

( ) なし

( ) あり→最後の受診はいつ頃ですか？

5.これまでの体重歴をお教えてください。

20歳頃の体重 ( ) kg

過去最大体重 ( ) 歳頃に ( ) kg

6.飲酒や喫煙について

・アルコールは飲みますか？

( ) 飲まない

( ) 飲む→種類 ( ) ・量 ( )

頻度；( ) ほぼ毎日・( ) 週に3-4回・( ) 週に1-2回・( ) 月に1-2回

・タバコは吸いますか？

( ) 吸わない

( ) 過去に吸っていたが、今は吸わない→( ) 歳～( ) 頃まで吸っていた。

( ) 現在吸っている→1日に( ) 本、( ) 歳頃から

7.食事について

・これまで栄養相談（栄養指導）を受けたことがありますか？

( ) いいえ

( ) はい→どこで？ ( )

何キロカロリーと指導されましたか？ ( ) キロカロリー

・甘い飲み物（ジュース・コーラ・缶コーヒー・スポーツドリンクなど）は飲みますか？

( ) いいえ

( ) はい→何を ( ) 週に ( ) 回くらい

・生活時間についてお教えてください。

起床	時	分頃	
朝食	時	分頃	自宅・外食・なし・その他 ( )
昼食	時	分頃	自宅・外食・なし・その他 ( )
夕食	時	分頃	自宅・外食・なし・その他 ( )
間食	1日	回位	どんなもの？ ( )
就寝	時	分頃	

