

代謝内科外来問診票

記入者：.....関係：.....

お名前 _____
身長 _____ cm 体重 _____ kg

年齢 _____ 歳 性別 男 女

1. 生活についてお尋ねします

- 1) 職業は何ですか (.....)
- 2) 現在、何人暮らしですか (.....) 人
- 3) 食事の時間は決まっていますか いいえ はい (朝：_____時 昼：_____時 夕：_____時)
- 4) 就寝時間は何時頃ですか (.....) 時頃
- 5) どのようなものがお好みですか (複数回答可)
甘いもの 塩辛いもの 脂っこいもの その他 (.....)
- 6) 主食は何ですか 米 麺 パン 食べない
- 7) 間食の習慣はありますか いいえ はい
【はいの方は以下にお答えください】
 - ・間食の頻度は 毎日 週に_____回 間食の時間帯_____時頃
 - ・間食はどのようなものを食べますか (複数回答可)
和菓子 洋菓子 スナック菓子 果物 その他 (.....)
 - ・間食はどのようなものを飲みますか (複数回答可)
ジュース (果物、野菜) 乳製品、ヤクルト 炭酸飲料 水 お茶
コーヒー (ブラック、砂糖入り、ミルク入り)
- 8) 外食はしますか いいえ はい 頻度は_____回/ 週または月
- 9) 運動の習慣はありますか いいえ はい：運動の種類：.....)
- 10) 一番太っていた時の体重は_____歳頃 _____ kg
- 11) 20歳の頃の体重は_____ kg
- 12) 直近6か月での体重減少はありますか いいえ はい _____ kg
- 13) 血縁者 (家族、親戚) に糖尿病の方がいらっしゃいますか いいえ はい (.....)

2. 治療についてお尋ねします

- 1) これまでに糖尿病といわれたことがありますか いいえ はい
【はいの方は以下の質問にお答えください】
 - ・糖尿病と言われたのはいつ頃ですか (.....) 歳頃
 - ・受診をしましたか いいえ 以前受診したことがある 現在通院中
病院名： (.....)
治療法： 注射 内服 食事療法

次のページにお進みください

・栄養指導を受けたことがありますか

いいえ はい (内容:)

・眼科受診をしたことがありますか

いいえ はい (病院名:)

3. 女性の方にお尋ねします 妊娠、出産歴はありますか

いいえ はい 【はいの方は以下にご記入ください】

出産年齢	出生体重	妊娠経過中や出産時の異常
歳	g	なし あり ()
歳	g	なし あり ()
歳	g	なし あり ()
歳	g	なし あり ()
歳	g	なし あり ()

ご協力ありがとうございました。