



代謝内科問診票

氏名		年齢	才	身長	cm	日中の連絡先	
生年月日	年 月 日	現在の体重	kg	20歳時の体重	kg	過去最大の体重	kg
薬剤アレルギーの有無	□なし □ある：薬剤名 ( )						
食物アレルギーの有無	□なし □ある：種類 ( )						

お薬手帳をお持ちの方はこの用紙と一緒に受付へお出しください。

該当する項目に☑印を付けてください。

既往歴	1. 既往歴について	家族歴	3. 血縁の方に次の病気の方はいらっしゃいますか？ ☑ をしてください。																																													
	a. 高血圧 ( 歳)		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>祖父母</th> <th>父</th> <th>母</th> <th>兄弟姉妹</th> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>心臓病</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>脳卒中</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>癌</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>肝臓病</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>腎機能</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>高脂血症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		祖父母	父	母	兄弟姉妹	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			祖父母	父	母	兄弟姉妹																																										
	糖尿病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	高血圧		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	心臓病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	脳卒中		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
腎機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
b. 心臓病 ( 歳)																																																
c. 高脂血症 ( 歳)																																																
d. 腎臓病 ( 歳)																																																
e. 脳卒中 ( 歳)																																																
f. その他の病気 ( , )																																																
g. 過去に受けた手術 ( , )																																																
3. 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ □いいえ □はい(妊娠 週) □授乳中																																																

糖尿病、またはその疑いで受診される方は以下の項目にも記入をお願いします。

糖尿病歴	5. 今まで、糖尿病またはその疑いと言われたことはありますか？ □いいえ □はい ( 歳)
	6. 今までに、糖尿病の治療を受けたことはありますか？ □いいえ □はい⇒【□運動療法□食事療法□内服□インスリン□治療中断 □その他 ( )】
	7. 現在、次のような症状がありますか？ □いいえ □□□ □多飲 □多尿 □易疲労感 □体重減少 □体重増加 □視力低下 □眼のかすみ □手足のしびれ □歩行時下肢痛 □その他 ( )
	8. 糖尿病網膜症と言われたことがありますか？ □いいえ □はい □わからない ※眼底の検査を受けたことがありますか？ □いいえ □はい 検査の結果は？ ( )
	9. 糖尿病腎症と言われたことがありますか？ □いいえ □はい □わからない

裏面もご記入ください

( 切り取り線 ≧ )

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。

( 切り取り )

余白

生活背景

10. 現在、一緒に生活をしている方に○をしてください。  
祖父 祖母 父 母 兄弟 姉妹 配偶者 子供  
一人暮らし 単身赴任中 その他
11. 職業について  
デスクワーク中心 営業中心 (社外へよく出る 社内が多い) その他 ( )
12. 通勤では何分くらい歩きますか? ( ) 分/日)
13. 運動について よくする ときどきする ほとんどしない しない  
 どのような運動をされていますか? ( )

日常生活習慣

14. 食事の状況 (2つ以上チェック可)
- 【朝和食中心 洋食中心 外食 ( ) コンビニ  
食べない その他 ( )
- 【昼和食中心 洋食中心 外食 ( ) コンビニ 食べない  
お弁当(手作り) その他 ( )
- 【夜和食中心 洋食中心 外食 ( ) コンビニ 食べない  
おつまみ ( ) 果物 ( ) その他 ( )
- 【間食】 食べない 食べる → 何を ( , )
- 【夜食】 食べない 食べる → 何を ( , )
15. 飲酒について 毎日飲む 時々飲む 飲まない  
 一日平均⇒酒 ( 合), ビール ( 本), ウイスキー ( 杯), 焼酎 ( 杯), その他 ( )
16. 喫煙について 吸わない 吸う → 一日平均 ( 本)
17. 清涼飲料水について よく飲む ときどき飲む 飲まない
18. コーヒー・紅茶について よく飲む ときどき飲む 飲まない  
 ⇒飲む方は次のものは入れますか? 砂糖 ミルク 何も入れない

( 切り取り

余白

( 切り取り線 ≡< )

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って  
 余白部分を切り取りのうえ、  
 『問診票』をお持ちください。