



# 問診票

受診日 令和 年 月 日

氏名 年齢 身長 cm 体重 kg

同居している家族の人数（あなた以外に 人）

職業 （自営・勤務・無職）、その内容：

\*もっとも気になる症状を書いてください

いつ、どのように起こって、どんなときにひどくなるか、また、良くなるかなど。

\*思い当たる原因はありますか（はい、いいえ）

\*特につらくなる時間帯、時期がありますか

疲れた時・冷えた時・明け方午前午後・食後・風呂のあと・クーラー・雨の日・季節の変わり目など

\*ほかに治していきたい症状や病気がありますか

\*今までに、大きな病気やケガをしたことがありますか

\*現在、服用している薬や、ほかに受けている治療がありますか

現在当てはまることに○をつけて下さい

## ①食事

★夕食の終える時刻（ 時ごろ）

★食事は一日（ 回）そのうち、お米のご飯は（ 回）

1 食べ過ぎることが多い

2 よく間食する

3 果物をよく食べる

4 外食・インスタント・加工食品が多い

5 肉、魚、油もの、卵、乳製品、等をよく食べる

②飲み物

1 アルコール類 (種類 ) (量 ) ・たばこ (一日 本)

2 水分をよく取る

理由 (習慣で飲む・喉が渇くので飲む・喉は渇かないが飲むようにしている、など)

3 普段よく飲んでいるもの 水・お茶・コーヒー・牛乳・ジュース

③大便

★便の状態 (すっきりバナナ状・硬い・コロコロ・軟らかい・泥状・臭いが強い)

1 よく下痢する

2 よく便秘する (排便は 日に一回) 使用している薬 ( )

3 すっきり便が出ない

④小便

★尿の回数 (一日 ~ 回) (夜間尿 回) 1 量が多い・少ない

2 尿の出が悪い (残尿感がある・勢いが弱い・切れがわるい・尿もれする・他 )

⑤睡眠

★寝る時刻 ( 時) 起きる時間 ( 時)

1 眠い (朝起きれない・十分寝ても眠い・睡眠不足で眠い・食後眠いなど )

2 眠れない (寝つきが悪い・途中で目が覚める・眠りが浅い・夢が多い、など)

⑥気分・精神状態

1 気分や情緒が不安定だと思う

2 最近、強い精神的ショック (怒り・悲しみ・恐怖・他 ) があった

3 いま心配事・悩み・不安がある

⑦生活状況

★自転車や歩きも含めて一日平均の運動時間は (約 分間)

1 ふだん、運動不足だと思う

2 忙しい、疲れ気味だ、精神的ストレスがたまっている

3 家族に、介護の必要な病人がいる

A. 全身の状態

1 食欲がない・美味しくない 2 だるい・疲れやすい 3 体が重たい

4 汗をかきやすい 5 寝汗をかく 6 冷え性・寒がり 7 のぼせる

8 体や手足がほてる 9 温かいものが好き 10 冷たいものを好む

11 手・足などが (しびれる・ふるえる) 12 関節やすじが痛い (部位: )

13 肩・背中がこる 14 喉がつまる 15 口が乾く 16 口が粘る 17 体がむくむ

18 体がかゆい 19 背中などが冷える 20 よく足などがつる

B. 肝

1 目が (疲れる・痛い・かすむ・乾燥する) 2 光がまぶしい、視野に白 (黒) いものが飛ぶ

3 めまい・たちくらみ・ふらつきがある 4 よく頭痛がする 5 気持ちがせく、あせる

6 イライラする・怒りっぽい 7 よくため息をつく 8 やる気がでない 9 不安感がある

10 ゆううつになり易い 11 気分の落ち込み・悲観 12 物事を決められない

13 驚きやすい・怖がりになった (ビクビク、オドオドしてしまう)

14 筋肉がふるえたりピクピクする 15 胸・わき・みぞおちが張る・痛む 16 喉がつまる

C. 心

- 1 動悸がする  
2 気持ちがそわそわして落ち着かない  
3 胸が痛い・しめつけられる  
4 物忘れがひどくなった  
5 頭がボーとする・頭を使うと疲れる  
6 息切れがする  
7 不整脈がある

D. 脾

- 1 歯ぐきがよく腫れる 2 口内炎がしやすい・口臭がある  
3 口が粘る・口が苦い・口が甘い 4 胃が (もたれる・痛い) 5 みぞおちがつかえる・張る  
6 胸焼けがする 7 腹が (はる・痛い) 8 ガス (おなら) がよくたまる・出る  
9 吐き気がする・むかつく 13 青あざ (内出血) がしやすい 14 痔がある  
15 最近、体重の (増加・減少) がある

E. 肺

- 1 よく風邪をひく 2 よくクシャミがでる 3 鼻水・鼻づまりがある 4 匂いが感じない  
5 のどが (痛い・イガイガする) 6 息がしにくい (吸いにくい・吐きにくい)  
7 咳がでる (空咳・痰がからむ) 8 胸がモヤモヤする・詰まる 9 痰がでる (色: )  
(量; 少ない・多い) 10 泡状のたん・つばきがでる  
11 かぶれやすい・アレルギーがある (鼻炎・皮膚炎・結膜炎・薬物・食物)

F. 腎

- 1 耳鳴り (高音・低音)・難聴 2 喉 (扁桃腺) をよく腫らす 3 集中力・根気が無くなった  
4 精力の減退を感じる 6 膀胱を起こしやすい 7 腰が痛い・重だるい  
8 足腰に力が入らない・頼りない 9 足がやせる 10 歯痛・歯がぐらつく  
11 子供の頃病弱だった

以下は女性のみお答えください

- 生理・・初潮 ( 歳) 閉経 ( 歳)、一番最後の生理は ( から何日間)  
周期 ( 日): 不定期 (遅くなる・早くなる・不規則)・定期的にくる  
量 (少ない・多い・普通)、最近量の変化がある (多くなった、少なくなった、変動する)  
月経血の色 (薄い・鮮紅色・暗紅色)、塊が混じる (大きさ; 小豆大・コイン大)  
おりもの (ない・多い・少ない)、色 (透明・白・黄・茶)、時期 (排卵前・生理前・いつも)  
生理痛 (ない・軽い・重い)、生理の (前・中・後)、体調の変化; 生理の (前・中・後) に  
(イライラする・便秘・憂うつになる・食欲・おっぱいが張る・他)  
出産 ( 回) / 帝王切開 ( 回)、婦人科の病気 ( )

## 糖尿病治療予診表

|        |        |    |   |
|--------|--------|----|---|
| 氏名     | 性別 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 身長 cm  | 体重 kg  | 血圧 | / |
| 既婚 有・無 | 子供 人   | 職業 |   |

### ▼ 現在までの病歴をご記入お願いします

- ここ1～2ヶ月間に血液・尿検査を実施されていたら下記の項目の数値をご記入下さい。(検査結果をお持ちの方はコピーを添付してください)

(検査日 年 月 日)

|                  |       |       |
|------------------|-------|-------|
| 尿蛋白              | - ± + | * 尿検査 |
| BUN(尿素窒素)        | mg/dl | }     |
| Cre(クレアチニン)      | mg/dl |       |
| HbA1c(グリコヘモグロビン) | %     |       |
| 空腹時血糖            | mg/dl |       |
|                  |       |       |

- 「尿に糖がおりている」「血糖が高い」と言われたのはいつ頃ですか。

年 月 日頃

- どこで

病院・診療所・市民検診・職場検診・その他( )

- 糖尿病と診断をされたのはいつ頃ですか。

年 月 日頃

- 現在、糖尿病の治療を受けていますか。

はい(受診先: )

いいえ

- 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか。

はい(薬剤名: )

いいえ

- 現在、インスリンの注射をされていますか。

はい(薬剤名: )

(何単位使用していますか。→ 1日に 単位 )

いいえ

- ご家族に糖尿病と診断された方がおられますか。(血縁関係のある方)

はい(続柄: )

いいえ

■ 糖尿病について、現在に至るまでの経過をご記入ください。 氏名

▼ 現在の症状についてお尋ねします。

■ 糖尿病によると思われる症状がありますか。(該当するものに全て○をしてください)

はい 1 喉が乾く 2 水分をよくとる 3 尿の量が多い 4 体がだるい 5 体重が減った  
6 その他( )

いいえ

■ 糖尿病によると思われる他の症状がありますか。(該当するものに全て○をしてください)

はい 1 目の障害(ものが見えにくい・レーザー治療を受けた)  
2 腎臓の障害( 血圧が高い・尿に蛋白がおりにている )  
3 神経の障害(手足のしびれ・手足の痛み・性生活の障害)  
4 その他( )

いいえ

■ 糖尿病の他に現在治療を受けている医療機関・薬剤名があれば記入してください。  
又、その症状の経過についてもご記入ください。

\_\_\_\_\_ ( 病院( 科)・診療所( 科) )に通院中

\_\_\_\_\_ ( 病院( 科)・診療所( 科) )に通院中

\_\_\_\_\_ ( 病院( 科)・診療所( 科) )に通院中

\* 薬剤名

服用中

\* 症状の経過

現在服用されている内服薬の種類は何種類ですか \_\_\_\_\_ 種類  
(4週間以上続けて服用されているものだけ、記載して下さい。)

■ 日常生活習慣をお聞かせください。

たばこ 吸う( 1日 本 ) 吸わない

飲酒 する( 種類: 量: ) しない

睡眠 平均( 時間)

食事 1日に( 回) 主に( 和食・洋食 ) 好き嫌い( 有り・無し )

■ 入院治療の希望 ( 有・無 )

ご協力ありがとうございました。