

初診時間診票（記載日： 年 月 日）

お名前： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_

1. 本日受診された理由（自覚症状など）をお書き下さい。
2. 糖尿病を初めて指摘されたのはいつですか。（ \_\_\_\_\_ 年 月頃 / \_\_\_\_\_ 歳）  
指摘されたきっかけは何ですか。
3. 現在までに以下の症状がでたことがありましたら、○をつけて下さい。  
のどの渇き・尿量が多い・疲れやすい・体重減少・陰部のかゆみ・目がみえにくい  
足や手のしびれや痛み・足が冷たい・勃起不全・その他（ \_\_\_\_\_ ）
4. 20歳頃の体重は何 kg でしたか？ \_\_\_\_\_ kg  
今までの最高体重は何 kg ですか？ \_\_\_\_\_ kg  
またそれはいつごろですか？ \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 歳まで
5. 嗜好品についてお尋ねします。  
・アルコール（晩酌）はお飲みになりますか。  
いいえ・はい （種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 歳まで）  
・たばこをお吸いになりますか。  
いいえ・はい （一日平均 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 歳まで）
6. 今までに下記の病気にかかったことや手術を受けたことがあれば、○をつけて下さい。  
・高血圧症・心臓病・脳卒中・結核・胃潰瘍・胆石・腎臓病・痛風  
脂質異常症・がん（部位 \_\_\_\_\_ /手術 有・無）
7. ご家族の健康状態についてお尋ねします。
- |     |                             |     |                             |
|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|
| 糖尿病 | 祖父母・兄弟姉妹・子供・父・母<br>おじおば・その他 | 糖尿病 | 祖父母・兄弟姉妹・子供・父・母<br>おじおば・その他 |
| 高血圧 | 祖父母・兄弟姉妹・子供・父・母<br>おじおば・その他 | 肥満  | 祖父母・兄弟姉妹・子供・父・母<br>おじおば・その他 |
| 心臓病 | 祖父母・兄弟姉妹・子供・父・母<br>おじおば・その他 |     |                             |