上野浅草通りクリニック 生活習慣病 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 大正･昭和･平成･令和 年 月 日 歳
住所 〒	
電話 （自宅･会社）	携帯
E-mail	

マイナ保険証による診療情報の取得に同意 ☐ する ☐ しない

当院をどのようにお知りになりましたか？

☐ 他院からの紹介（☐ 紹介状あり ） ☐ 知人の紹介（ ）様
☐ ホームページ ☐ ドクターズファイル ☐ 当院の看板 ☐ その他（ ）

① ご心配な、あるいは指摘、治療中の疾患を教えて下さい（該当するもの全てチェックしてください）

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症（高コレステロール血症） ☐ 高尿酸血症
☐ 肥満症 ☐ 肝機能障害

② 上記の異常を初めて指摘されたのはいつですか？

☐ 指摘されたことなし ☐ 今回が初めて ☐ （ ）年くらい前から

③ 病気がわかったきっかけは何ですか？

☐ 自分で症状に気づいた ☐ 会社の健診 ☐ 人間ドック ☐ 他院で検査を受けた

④ これまでに病院を受診されていましたか？

☐ 今回が初めて
☐ 受診していた→（ ）病院･医院、 受診頻度 （ ）回/月、 投薬（ あり ・ なし ）
処方されていた薬 および その経過

☐ 以前は受診していた → （ ）病院･医院 / 最終受診日 （ 年 月 日）

⑤ 現在、どのような自覚症状がありますか？

体がだるい ・ 体重が減る ・ のどが渇く ・ トイレが近い ・ こむら返り ・ 目がかすむ
手足がしびれる ・ 立ちくらみ ・ その他 （ ）

⑥ 現在治療中の病気や、これまでにかかった病気（手術も含む）はありますか？ ☐ない ☐ある

→「ある」の方
病名 （ ）（ ）歳 ・ 病名 （ ）（ ）歳
病名 （ ）（ ）歳 ・ 病名 （ ）（ ）歳

⑦ この1年間で健診をうけていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

→「はい」の方 時期 （ 月） 指摘事項 （ ）

⑧ 食べ物やお薬のアレルギーはありますか？

☐ なし ☐ あり → （ ）

⑨ あなたの血縁関係の方に糖尿病の方はいますか？

☐ いない ☐ いる （どなたですか？→ 祖父、祖母、父、母、兄、弟、姉、妹、子、叔父、叔母）

⑩ あなたの血縁関係の方に下記の病気にかかった方はいますか？ ☐いない ☐いる

→「いる」の方
高血圧症 （ ） ・ がん （ ） ・ 腎不全 （ ）
心臓病 （ ） ・ 脳卒中 （ ） ・ その他 （ ）

2枚目の記入もお願いします

⑪ これまで個別の栄養相談（栄養士による食事療法の話）をうけたことはありますか？
☐ ある → （　　）病院・医院　（　　）年前　指示カロリー（　　）kcal
☐ なし

⑫ （糖尿病の方のみ） 眼科へは通院してますか？
☐ 通院中 → （　　）眼科　次回受診日 （　　）
糖尿病性網膜症　（ あり ・ なし ・ わからない）
光凝固（レーザー治療）あるいは硝子体手術の既往 （ あり ・ なし ・ わからない ）
☐ 以前、通院していた → （　　）眼科　最終受診日 （　　年　　月　　日）
☐ 通院したことがない

⑬ 20歳の頃の体重はどれくらいでしたか？　→ （　　）kg

⑭ 今まで、一番体重が重かったのはいつですか？ → （　　）kg （　　）歳

⑮ あなたの職業は何ですか？
☐ 無職 →【 主婦 ・ 定年退職 ・ 以前は（　　） 】
☐ 会社員 （　　）→【 デスクワーク ・ 体を使う ・ 不規則 ・ ストレス多い 】
☐ 自営業 （　　） → 【 デスクワーク ・ 体を使う ・ 不規則 ・ ストレス多い 】

⑯ 飲酒について
☐ 飲まない
☐ 付き合い程度→（月　　回）何を？（　　）1回にどれくらい？（　　）
☐ 飲む → （毎日・週　　回）何を？（　　）1回にどれくらい？（　　）

⑰ 喫煙について
☐ 吸わない　☐ 以前は吸っていた → （　　）歳 ～ （　　）歳 まで 1日 （　　）本
☐ 吸う → 1日 （　　）本 （　　）年間　禁煙したいと思いますか？ （思う ・ 思わない）

⑱ 生活時間及び食生活について
・起床 （　　時　　分頃）　・就寝 （　　時　　分頃）

	食事摂取時刻	食事内容	食事を共にする人数
朝食	時　分頃	自宅 ・ 外食 ・ 食べない	人
昼食	時　分頃	自宅 ・外食・食べない (手作り弁当)	人
夕食	時　分頃	自宅 ・ 外食 ・ 食べない	人

・食事を作る人 ☐ 自分　☐ 配偶者　☐ その他（　　）

・間食について（朝食・昼食・夕食以外に摂取するものについて）
週に何日くらい？ （ 毎日 ・ 6日 ・ 5日 ・ 4日 ・ 3日 ・ 2日 ・ 1日 ・ 間食しない ）
何時頃？ （　時　分頃 ・　時　分頃 ・　時　分頃 ・ 決まっていない ）

・食べる速さについて　☐ 速い　☐ 普通　☐ 遅い
・ 味付けについて　☐ 濃い　☐ 普通　☐ 薄い
・朝・昼・夕食の食事量は均一ですか？　☐はい　☐いいえ（　　）
・好きな食べ物（　　）・嫌いな食べ物（　　）
・健康食品の使用はありますか？　☐ない　☐ある（　　）

<u>3枚目の記入もお願いします</u>

⑲ 運動及び通勤について

・現在続けている運動はありますか？

□ ない

□ ある → 何を（　　）・ どれくらい？（　　）分・（毎日・週　　日）

・通勤手段は何ですか？

□徒歩→　　分/日　□自転車→　　分/日　□ 電車 ｛立位　　分/日 / 座位　　分/日｝

□ 車　□バイク

⑳ 家族構成について

結婚歴 （ あり ・ なし ）

□ 一人暮らし　□ 配偶者のみ　□ 配偶者と子　□ 家族以外の同居者

□ 単身赴任　□ その他 （　　）

㉑ 足のトラブルはありますか？

□ なし　□ あり

「あり」の場合、以下のどれにあたりますか？（複数回答 可）

□ たこ　□ うおのめ　□ 水虫　□ 巻き爪　□ 足がつる

□ しびれる　□ 感覚がない　□ 傷が治りにくい

㉒ 女性の方のみお答えください（妊娠の有無と授乳、出産時の年齢と新生児の体重について）

現在、妊娠・授乳していますか？　□ はい（妊娠　週）　□ いいえ　□ 授乳中

出産歴 □ あり→第1子（　　）g （　　）歳 ・第2子（　　）g （　　）歳

第3子（　　）g （　　）歳

□ なし

㉓ 治療に対する希望や目標、病気に関して心配なことを教えてください。（複数回答 可）

□特に無い　□食事を見直したい　□薬を使わずに良くなりたい

□今でも病気になった事を受け入れられない　□仕事をする上で支障になる

□今の治療法のままで良いのだろうか　□食事制限が辛い　□家族の理解が得られない

□自分は将来、合併症がひどくなるのではないだろうか　□医療費が心配

□運動をするように言われても嫌いなので辛い

□その他（　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ありがとうございました

上野浅草通りクリニック

＊スタッフ記入欄＊ （起床・就寝・食事・運動・仕事・学校などの大まかな時間帯）

時