

糖尿病 高血圧 高脂血症（脂質異常症）初診問診票

氏名

記載日時 年 月 日

① 今回の受診のきっかけや、症状を教えてください。

② 最近の検査結果を教えてください。

検査結果の値（ 年 月 日）

HbA1c % 血糖値 LDLコレステロール中性脂肪

自宅血圧の平均→（ / ） その他気になる値（ ）

※検査結果があれば、受付スタッフまでご提出お願いします

③ 糖尿病あるいは生活習慣病で他院に通院したことがありますか？ はい いいえ

はい の方はご記入ください

いつ頃どちらの病院で（_____）

薬の名前（わかれば）（_____）

教育入院の経験はありますか？：無 有 ※お薬手帳をお持ちでしたらをお出してください

栄養指導の経験はありますか？：無 有

④ 身長体重について

身長体重_____cm 体重_____kg 過去最高体重_____kg（ 歳時）

最近極端な変化はありましたか？はい いいえ

「はい」の方は具体的に教えてください。（例：6ヶ月で5kg 増えたなど）

⑤ 食習慣について下記よりお選びください。（大まかで構いません）

・朝食：食べない 自炊または家族が作る 店屋物や外食が多い 不規則

何時頃？_____時、 おもに何を食べますか？：（_____）

・昼食：食べない 自炊または家族が作る 店屋物や外食が多い 不規則

何時頃？_____時、 おもに何を食べますか？：（_____）

・夕食：食べない 自炊または家族が作る 店屋物や外食が多い 不規則

何時頃？_____時、 おもに何を食べますか？：（_____）

・間食や夜食、ジュース、スポーツ飲料など摂る習慣はありますか？

どれくらいの頻度で？週_____回くらい 何時頃？（_____）

何をどれくらいとりますか？（_____）

⑥ アルコールは飲みますか？ はい いいえ

はいの方は種類とおおよその量と頻度を○または記入をお願いします。

毎日飲む 週に何日か飲む（週 日） たまに飲む（つき合い程度）

何をどれくらい？：（_____）

⑦ 運動習慣はありますか？

無 有：週 回 1回あたりの運動時間 時間

運動内容（_____）

1日でどれくらい歩きますか？（_____歩或いは_____キロ）

⑧ 仕事での活動量を下記より選んでください

軽作業（デスクワーク、家事など） 普通の作業（立ち仕事） 重労働（運搬、力仕事など）

⑨ 現在の生活状況で改善したいと思っていること、困っていること、医師や看護師に希望することなど、ご自由にお書きください。