

# 初診時間診票 (記載日: 年 月 日)

お名前: \_\_\_\_\_

生年月日: 年 月 日 年齢: 歳

1. 本日受診された理由 (自覚症状など) をお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

2. 糖尿病を初めて指摘されたのはいつですか? \_\_\_\_\_ 年 月頃、 \_\_\_\_\_ 歳

( \_\_\_\_\_ )

3. 上記から本日まで糖尿病の治療はしていますか? ( いいえ ・ はい )

はい の方

受診した医療機関の種類: (クリニック・総合病院・大学病院)

治療開始はいつからですか? : \_\_\_\_\_

治療内容: 食事療法・運動療法・薬を飲んでいる⇒薬名 \_\_\_\_\_

インスリンを注射している⇒インスリン名 \_\_\_\_\_

その他: \_\_\_\_\_

4. 現在までに以下の症状がでたことがありましたら○をつけてください。

喉の渇き・尿量が多い・疲れやすい・体重減少・陰部のかゆみ・目が見えにくい  
足や手のしびれや痛み・足が冷たい・勃起不全・その他 ( \_\_\_\_\_ )

眼科に通院していますか? ( いいえ ・ はい )

歯科は通院していますか? ( いいえ ・ はい )

5. 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 (\*但し妊娠中は除く)

またそれはいつ頃ですか? \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 歳頃まで

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○をつけてください。

高血圧症・心臓病・脳卒中・結核・胃潰瘍・胆石・腎臓病・痛風・白内障・緑内障  
網膜剥離・高脂血症・がん (部位 \_\_\_\_\_ 手術: 有・無)

今までに病気で入院した事がありますか? ( いいえ ・ はい )

7. 一緒に生活している御家族は?

( \_\_\_\_\_ )

