

生年月日 T・S・H 年 月 日

氏名

年齢 歳

住所 〒

1. 初めて糖尿病(疑いも含む)と診断されたのはいつ頃ですか。 体温 度
()

2. 何を機会に糖尿病と診断されたのですか。
健康診断 他の病気で病院を受診した時
その他()

3. 現在、何か自覚症状はありますか。
のどの渇き トイレの回数や量が多い 夜中に何回もトイレに行く
急激な体重減少 足の指のしびれ 疲れやすい 怠さがある

4. 今まで、他の医院・病院で治療を受けていましたか。
はい いいえ

5. 4で、はいと答えた方にお聞きします。検査や治療内容を教えてください。

()

6. かかりつけの眼科はありますか。
はい いいえ

7. 6ではいと答えた方にお聞きします。

① 眼底検査は定期的に受けていますか。 はい いいえ

② 最近受診されたのはいつごろですか。()

8. 持病はありますか。

高血圧 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 喘息 心疾患

その他()

9. 食事や薬でアレルギーはありますか。

はい()

いいえ

12. あなたのご家族・ご親戚に、下記の病気の方はいらっしゃいますか。
糖尿病 がん 高血圧 脂質異常症(高脂血症) 心疾患 膠原病
13. あなたのご職業は何ですか。
会社員 自営業 専業主婦 その他()
14. 日頃、何か運動をしていますか。
はい()
いいえ
15. 食事の摂取状況を教えてください。
食事は一日何食摂っていますか。()食
間食はしますか。 はい いいえ
16. 喫煙、飲酒の摂取状況を教えてください。
喫煙: はい(本/日) いいえ
飲酒: はい(毎日 週に2~3回 付き合い程度) いいえ
17. 現在、ストレスを感じていますか。
はい いいえ
18. 現在の家族構成を教えてください。
()
19. 現在、入れ歯を使用していますか。また、歯磨きは一日何回しますか。
入れ歯: 上 下 部分
歯磨き: ()回
20. 女性の方へお聞きします。現在妊娠していますか。または、その可能性がありますか。
はい いいえ