

血糖の病気でかかられる方へ

【該当する項目を○で囲んでください _____ は記入をお願いします】

詳しく覚えていない場合は大体的内容を記載してください。わからない場合は「不明」・「覚えていない」でも大丈夫です。

- ① 現在気になる症状はありますか？
なし ・ あり 【喉が渇く・水をたくさん飲む・尿が多い・体重増減（ _____ ケ月で _____ kg 減った・増えた）】
- ② 本日食事はしていますか？
食べていない ・ 食べた（ _____ 時頃）
- ③ 身長： _____ cm、最大体重： _____ 歳時 _____ kg、20 歳時の体重： _____ kg
- ④ 職業は何ですか？ _____
労働時間は？ _____ 時間 × _____ 日/週
- ⑤ 定期的に健康診断・人間ドックを受けていますか？
うけていない ・ うけている（定期的に・不定期に）
（最近の健康診断・人間ドックは _____ 年 _____ 月頃うけた）
- ⑥ 最初に高血糖を指摘されたのはいつ頃・どちらでですか？
_____ 年 _____ 月 _____ 日頃、（健康診断・人間ドック・ _____ 医院）
- ⑦ 他院で治療を受けた事がありますか？
なし ・ あり（ _____ 医院）

すでに糖尿病の治療を開始している方は記入をお願いします

- ⑧ どの医療機関におかかりでしたか？（ _____ 医院）
- ⑨ いつからおかかりでしたか？（ _____ 年 _____ 月頃～ _____ 年 _____ 月頃まで）
- ⑩ 食事は誰が作りますか？（本人・妻・夫・母・父・その他 _____）
- ⑪ 栄養指導についての説明を受けたことはありますか？ なし ・ あり
⑪ありとお答えした方へ
何キロカロリーの指示を受けましたか？（ _____ キロカロリー）
- ⑫ 薬での治療はありましたか？
なし ・ あり（名称 _____
・ _____
・ _____）

⑬ 今日までにインスリンの使用はありますか？

なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）

⑭ 自宅で血糖測定をしていますか？

なし ・ あり

⑭ ありの方は使用中の測定器材・穿刺器材の名前を記入してください

測定器材 _____

穿刺器材 _____

⑮ 検査の数値はおいくつですか？

（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 : 血糖 _____ mg/dL、HbA1c _____ %）

⑯ 合併症についての説明を受けたことはありますか？ なし ・ あり

⑰ 眼科受診はしていますか？

なし ・ あり（ _____ 眼科）

⑱ 眼底検査は受けましたか？

なし ・ あり（ _____ 年 _____ 月頃： 異常あり・異常なし）

⑲ 胸のレントゲンはとりましたか？

なし ・ あり（ _____ 年 _____ 月頃： 異常あり・異常なし）

⑳ 心電図はとりましたか？

なし ・ あり（ _____ 年 _____ 月頃： 異常あり・異常なし）