

太田西ノ内病院糖尿病センター初診時間診票

この問診票への回答は、私たち糖尿病内科および糖尿病自己管理教育支援スタッフがあなたの糖尿病を理解するために必要な情報となります。できる限り多くの質問に回答していただくことで、あなたの糖尿病の全体像を把握し適切な診療の提供につながります。すべて回答するには 15 分ほどの時間を要します。

初診日（西暦） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_歳 性別 男性 女性

生年月日（西暦） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

携帯電話 \_\_\_\_\_ 固定電話 \_\_\_\_\_

（スタッフが測定いたします）

身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_Kg

収縮期血圧 \_\_\_\_\_mmHg 拡張期血圧 \_\_\_\_\_mmHg

脈拍 \_\_\_\_\_bpm 呼吸数 \_\_\_\_\_回/分

体温 \_\_\_\_\_℃ SPO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_%（酸素： ）

**基本情報**

紹介元 あり \_\_\_\_\_ なし 健診

配偶者の有無

既婚 未婚 離婚 死別

同居のすべてのご家族

なし

子供（\_\_人）

配偶者/パートナー

親（父・母・両方）

兄弟（\_\_人）

孫（\_\_人）

祖母

祖父

その他 \_\_\_\_\_（\_\_人）

教育歴（最終学歴）

中学 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院

現在の職業 \_\_\_\_\_ 学生 退職（元職業 \_\_\_\_\_；退職年齢 \_\_\_\_\_ 歳）

無職 生活保護 身体障害者 不明

生活習慣についての質問

1. アルコールを飲みますか？

はい（\_\_\_\_\_歳から） いいえ やめた（\_\_\_\_\_歳から\_\_\_\_\_歳まで）  
種類\_\_\_\_\_ 頻度：週\_\_\_\_\_回 1回量\_\_\_\_\_

2. たばこを吸いますか？

はい（\_\_\_\_\_歳から） いいえ やめた（\_\_\_\_\_歳から\_\_\_\_\_歳まで）  
平均1日\_\_\_\_\_本

3. 糖尿病であると知ってから食習慣を変えましたか？

はい いいえ わからない

もし「はい」なら、なにを変えましたか？（複数回答可能）

食べる量を控えた 野菜を多く食べた 甘いものを控えた  
油ものを控えた ジュース/アイス/甘い飲みものを控えた  
フルーツを控えた

4. 平均1日に何回食事(間食ふくむ)を口にしますか？

1回 2回 3回 4回 5回以上

5. どの食事が抜けやすいですか？

朝食 昼食 夕食 欠食なし

6. 自宅では主にだれが食事を作りますか？

自分 配偶者 その他\_\_\_\_\_

7. 平均週何回外食（買い食い）しますか？（1回以下は0と記入）？

平均 \_\_\_\_\_回

8. 定期的に運動しますか？

はい いいえ

種類\_\_\_\_\_ 頻度：平均週\_\_\_\_\_回

太田西ノ内病院糖尿病センター初診時間診票

1回の時間\_\_\_\_\_分

運動の強さ

弱い（楽な運動）

中程度（少し息が弾む運動）

強い（きついと感じる運動）

**あなたの糖尿病に関する質問**

1. 20 歳ころの体重はどのくらいですか? \_\_\_\_\_kg
  
2. 今まで 1 番やせていたときは? \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_kg
  
3. 今まで 1 番太っていたときは? \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_kg
  
4. 糖尿病の親族はいますか? 該当者\_\_\_\_\_
  
5. (職場・市町村)健診は受けていますか? はいいいえ(質6へ)  
予備軍・境界型・血糖値たかめ \_\_\_\_\_(西暦)年から  
糖尿病 \_\_\_\_\_(西暦)年から
  
6. いつ糖尿病と診断されましたか? \_\_\_\_\_(西暦)年から  
診断された医療機関はどこですか? \_\_\_\_\_
  
7. 糖尿病治療薬を処方されていますか?  
はい いいえ わからない  
内服薬(いつ頃から(西暦): \_\_\_\_\_年から)  
インスリン(いつ頃から(西暦): \_\_\_\_\_年から)  
どのくらい治療薬を飲み/打ち忘れませんか? \_\_\_\_\_
  
8. 以下のような高血糖症状がありますか?  
はい いいえ わからない  
当てはまる症状すべてにチェックをつける(その症状がどのくらい前からあるかチェックをつける)  
喉の渇き(数日 数週 数ヶ月 数年)  
頻尿(数日 数週 数ヶ月 数年)  
夜おしっこに起きる(数日 数週 数ヶ月 数年)  
水分を多く飲む(数日 数週 数ヶ月 数年)  
やせた(数日 数週 数ヶ月 数年)(どの位やせた\_\_\_\_\_kg)

9. 最近低血糖になったことはありますか？  
はい いいえ わからない  
低血糖の頻度 週 月 年 \_\_\_\_\_回  
その時の血糖値（わかるとき） \_\_\_\_\_  
低血糖時の症状と対処法\_\_\_\_\_
10. 便通異常はありますか？  
便秘 下痢 便秘と下痢を繰り返す なし
11. 次のいずれかがあなたの糖尿病の自己管理の妨げきまたげになっていませんか？  
居住環境 交通手段 支援体制  
公共設備 自分の介護者 食事  
日々の身体活動 上記以外（ \_\_\_\_\_ ）
12. あなたの糖尿病の自己管理を助けてくれる人  
家族 同僚 医療従事者 支援組織 誰もいない
13. 糖尿病の自己管理について指導を受けたことはありますか？  
はい いいえ  
最後に指導を受けた時期\_\_\_\_\_



太田西ノ内病院糖尿病センター初診時間診票

13. 睡眠時無呼吸症候群と診断されたことがありますか？ はい いいえ

14. うつと診断されたことがありますか？ はい いいえ

15. 救急搬送されたことや入院したことはありますか？

救急搬送：はい いいえ 入院：はい いいえ

理由\_\_\_\_\_（時期\_\_\_\_\_）

16. 以下の検査/処置のうち過去 12 ヶ月で受けたものをチェックして下さい

散瞳眼底検査 蛋白尿検査 足の診察 歯科診察

17. 以下のいずれかの問題がありますか？

目の問題 腎臓の問題 両足末端のしびれ/感覚の低下

歯の問題 うつ状態 性機能の問題

18. 上記以外に持病や健康上の問題があれば記入して下さい

\_\_\_\_\_



※これまで他院で糖尿病の治療をされていた方のみへの質問です

**あなたの健康意識について**

現在のあなたに一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい。

問1. 糖尿病はあなたやご家族の日常生活の妨げままたばになっている（影響）

1	2	3	4	5
いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない

5 以外に○印をつけた場合、どのような影響か教えてください。

具体例：

問2. 糖尿病自己管理について質問したいことがある（疑問）

1	2	3	4	5
いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない

5 以外に○印をつけた場合、どのような質問か教えてください。

具体例：

問3. あなたの糖尿病について気がかりや心配なことがある（懸念/心配）

1	2	3	4	5
いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない

5 以外に○印をつけた場合、どのような気がかりや心配か教えてください。

具体例：

問4. 糖尿病をより良く管理するため、あなたはしていること、またはできる

ことがある（取り組み）

1	2	3	4	5
ぜんぜん ない	まれに	ときどき	ほとんど いつも	いつも

1以外に○印をつけた場合、どのような取り組みか教えてください。

具体例：

問5. 私たち医療従事者はあなたの助けになれている（要望）

1	2	3	4	5
ぜんぜん ない	まれに	ときどき	ほとんど いつも	いつも

1以外に○印をつけた場合、どのような助けになれているか教えてください。

具体例：

1. 糖尿病の自己管理でもっとも辛い<sup>つらい</sup>ことはなんですか？

---

2. 糖尿病の自己管理でもっとも知りたいこと/興味のあることは何ですか？

---

ご協力ありがとうございました。以上の情報は我々糖尿病チームがあなたの糖尿病をより良く理解し治療するために役立たせて頂きます。