

Q 1. 糖尿病の自覚症状はありますか？(口渇、多尿、しびれなど)

いいえ→Q2へ

はい→どのような症状がいつ頃から気になっていましたか？

Q 2. 糖尿病で通院をしていたことはありますか？

いいえ→Q7へ

はい→どちらへいつ頃から通院されてますか？

病院()期間(年 月～)

Q 3. 栄養指導を受けたことはありますか？

いいえ→Q4へ

はい→指示カロリーは何kcalでしたか？()kcal

Q 4. 糖尿病の治療薬(内服、インスリン)を使用したことがありますか？

いいえ→Q5へ

はい→治療を開始した年齢はおいくつでしたか？年齢()歳

使用した事のある薬やインスリンの名前がわかりましたらお答えください。

Q 5. 糖尿病での入院の経験はありますか？

いいえ→Q6へ

はい→どちらでいつ頃入院しましたか？病院()(年 月頃)

Q 6. 糖尿病合併症を指摘された事がありますか？

いいえ→Q7へ

はい→何を指摘されていますか？()

Q 7. 眼科を定期的に受診していますか？

いいえ→Q8へ

はい→最終受診(年 月)

糖尿病性網膜症の指摘をされていますか？はい・いいえ

Q 8. 血縁者で、糖尿病、高血圧、高脂血症、心血管疾患、脳血管疾患、癌と診断された方はいらっしゃいますか？いらっしゃいましたら、どなたがどんな病気であったかお答えください。(例:兄、妹 高血圧)

Q 9.最近体重変動はありましたか？いいえ・はい()か月で)kg増・減)

Q 10. 過去最大体重は何kgですか？()kg()歳の時

Q 11. 生活習慣についてお答え下さい。

食習慣は1日()食、食事時間:朝)時頃、昼)時頃、夕)時頃

過食 なし・あり、偏食 なし・あり、

間食 なし・あり(具体的内容:)

外食習慣 なし・あり (頻度は毎日・週()回・月()回)

主な調理者はどなたですか？()

運動習慣はありますか？

いいえ

はい→運動頻度は、毎日・週()回・月()回

運動内容()、1回の運動時間()分

起床時間は()時)、就寝時間は()時)、睡眠剤使用なし・あり

Q12. お仕事をされていますか？

いいえ→Q13へ

はい→ 種類・内容:()

仕事中の活動量は 軽い・ 普通・ 重い

(軽い:デスクワーク、専業主婦、普通:立ち仕事、保育士、看護師、乳幼児のいる専業主婦、

重い:農業、漁業、建設作業従事者)

シフトや夜勤のあるお仕事ですか？いいえ はい

Q 13. 健康診断を定期的に受診されていますか？

いいえ→Q14へ

はい→検診で行っている検査項目に丸をつけてください

心電図・レントゲン・CT・腹部エコー・検便(便潜血検査)・胃カメラ・胃透視

大腸カメラ・頸動脈エコー・血圧脈波・眼底検査

Q 14. 糖尿病の治療にあたって、ご希望や知りたい事、困っている事等ございましたら、お書きください。
