

# 糖尿病診療をご希望の方へのアンケート

記入日： \_\_\_\_\_ お名前： \_\_\_\_\_

①いつごろ糖尿病もしくは血糖異常を指摘されましたか？（約 \_\_\_\_\_ 年前・ \_\_\_\_\_ 歳ごろ）

②今までに糖尿病の治療を受けたことがありますか？（ある・ない）

◆“ある”の方は治療薬を記入してください

インスリン(名称 \_\_\_\_\_ )

内服薬(名称 \_\_\_\_\_ )

③ご両親やご兄弟に糖尿病の方はおられますか？（いる・いない）

◆“いる”の方は具体的にどなたですか？（父・母・その他 \_\_\_\_\_ ）

④ご両親やご兄弟に心筋梗塞や脳梗塞になった方はおられますか？（いる・いない）

◆“いる”の方は具体的に（どなた \_\_\_\_\_ ）が（病名 \_\_\_\_\_ ）

⑤アルコールは飲まれますか？（はい・いいえ）

タバコは吸いますか？（はい・いいえ）

⑦1日の生活状況を教えてください

◆下の時間軸にタイムスケジュール（仕事や食事、運動の時間など具体的に記入してください）



◆普段のお食事の内容をご記入ください

朝食	昼食	夕食
その他 趣向品（おやつ・飲み物など）		
食事は主に（自炊・中食・外食）／食事を作られるのは主にどなたですか？（ _____ ）		

⑧手や足の先がしびれたり痛んだりしますか？（はい・いいえ）

⑨眼がかすむ、見えにくいなど感じたことはありますか？（はい・いいえ）

◆通院している眼科医療機関があれば記入してください（ \_\_\_\_\_ ）

⑩便秘や下痢など便通異常はありますか？（はい・いいえ）

\*\*\* 下記は男性のみ \*\*\*

⑪性行為時に勃起不全、勃起の維持が悪いなど感じたことはありますか？（はい・いいえ）

以上、ご協力ありがとうございました

医）一明会 細見医院