

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 _____℃ SPO₂ _____%（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. いつ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

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）

9. 平日の起床時間は何時頃ですか？

- 決まっている_____時頃
- 決まっていない→理由（例；夜勤など）_____

10. 1日の平均睡眠時間（休日含め）はどのくらいですか？

- 8時間より長い
- 6-8時間
- 6時間より短い

11. よく眠れますか（休日含め）？

- とてもよく眠れる
- よく眠れる
- どちらとも言えない
- あまり眠れない
- まったく眠れない

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)

太田西ノ内病院糖尿病センター初診時間診票

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さ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

はい いいえ

もし「はい」なら、足の切断をしたことがありますか？ はいいいえ

14. 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

15. うつと診断されたことがありますか？ はい いいえ

16. 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_____）

17. 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

18. 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

19. 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

あなたへの治療方針についての質問

現在のあなたに一番よく当てはまる希望に○印をつけてください。

問1. 体重を減らしたい、または増やしたい

1. とても減らしたい
2. やや減らしたい
3. どちらでもない
4. やや増やしたい
5. とても増やしたい

問2. 注射薬は使いたくない

1. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

問3. 薬価負担を減らしたい

1. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

問4. 食事療法を積極的に行いたい

1. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

問5. 運動療法を積極的に行いたい

1. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

※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. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

5以外に○印をつけた場合、どのような影響か教えて下さい。

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. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

5以外に○印をつけた場合、どのような質問か教えて下さい。

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. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

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下さい。

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. とてもそう思う
2. ややそう思う

3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

5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. とてもそう思う
2. ややそう思う
3. どちらとも言えない
4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない

5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^{つらい}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。