

生活習慣病問診票

記載日： 年 月 日

お名前：	年齢 歳 男・女	連絡先 携帯電話 () 自宅 ()
------	----------	---------------------------

①本日受診された理由をお書きください

- ・いつ頃から
- ・どのような症状

該当する項目に○印または必要事項を記入してください

②本日は絶食（食べ物も飲み物も口にしないこと）で来られましたか？

- ・はい
- ・いいえ ⇒ () 時頃 () を食べ（飲み）ました

③今までに大きな病気・入院・手術をしたことがありますか？

- ・例えば、○年前 胃潰瘍 ()
- 年前 高血圧 ()

④いつも飲んでいる薬はありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ どんな薬ですか？（例えば、血圧の薬など）・・・ ()

⑤今までに薬のアレルギーがありましたか？体に合わない薬がありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ 詳しく書いて下さい ()

⑥嗜好品についてお伺いします

- ・喫煙：しない・する ⇒ 現在吸っている・過去に吸っていた
現在吸っている方 ⇒ () 才から吸っている 1日 () 本
過去に吸っていた方 ⇒ () 才から吸って、() 才でやめた
- ・飲酒：しない・する ⇒ 種類：ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー・その他 ()
⇒ 1日どのくらい飲まれますか？ ()

⑦家族（親・兄弟含む）の方で以下の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

- ・糖尿病： いない・いる ⇒ 続柄 ()
- ・高血圧： いない・いる ⇒ 続柄 ()
- ・突然死： いない・いる ⇒ 続柄 ()
- ・その他： いない・いる ⇒ 続柄 ()

裏面も記入して下さい

⑧家族構成についてお伺いします

- ・同居されている方を記入して下さい ()
- ・主に料理を作られている方を記入して下さい ()

⑨食事時間・内容についてお伺いします

- ・朝食 () 時頃 ⇒ 内容 ()
- ・昼食 () 時頃 ⇒ 内容 ()
- ・夕食 () 時頃 ⇒ 内容 ()

⑩間食の習慣はありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ () 時頃 ⇒ 内容 ()

⑪食事指導の経験はありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ () 回 ⇒ どの医療機関で受けられましたか？ ()

⑫職業の労働はどの程度ですか？運動の習慣はありますか？

- ・職業： ()
- ・労働の程度：軽労作・・・(主にデスクワークなど)
：中労作・・・(主に立ち仕事が多いなど)
：重労作・・・(肉体労働など)
- ・運動習慣： ない ・ ある ⇒ ()
※例えば、ウォーキングを週2～3回で30分程度

⑬出産歴についてお伺いします(女性の方のみ回答してください)

- ・4000g以上の巨大児出産経験はありますか？
- ・ない
- ・ある ⇒ () 回

⑭現在、以下に該当する症状はありますか？当てはまるものに○をしてください

- ・のどが渇く・尿の回数、量が多い・疲れやすい・体重の減少・足のしびれ・視力低下
- ・その他 ()
- ・その症状はいつからですか？ ⇒ () 頃

*あなたに輸血治療が必要になった場合の対応をお聞かせください

- 輸血を受けます 輸血を拒否します(理由)

※以下は看護師が直接お聞きします

⑮身体情報

- ・身長 () cm
- ・体重 () kg
- ・BMI ()
※BMI = [体重(kg) / 身長(m)]²
- ・20才時体重 () kg
- ・MAX体重 () kg
- ・標準体重 () kg
※標準体重 = [身長(m)]² × 22
- ・1日摂取エネルギー量 () kcal