



★5. アレルギーはありますか？ 無 ・ 有

- 薬剤( )  食べ物( )  
 花粉症  喘息  じんましん  アトピー  その他( )

★6. 身長伸びが止まってから最も少ない体重は何kgでしたか？ ( kg) ( 歳頃)

また最大体重は何kgですか？ ( kg) ( 歳頃)

スポーツの経験はありますか。(例:野球、マラソンなど) ( 歳頃) (週 回)

減量をしたことがありますか ある ・ ない

リバウンド経験はありますか ある ・ ない

7. 生活習慣についてお尋ねします

\* **アルコール** 飲まない ・ 飲む (週 回) 一回に飲む量 ( )を( ml )

\* **喫煙** 吸わない ・ 以前は吸っていた( 歳~ 歳)今も吸っている ( 歳~) 一日平均 ( 本)

\* **生活リズム** (起床・就寝・食事・運動・仕事・学校などの大まかな時間帯)



\* **一緒に暮らしている方をお書きください** ( )

\* **食事について**

好きな食べ物は何ですか？ ( )

嫌いな食べ物は何ですか？ ( )

間食(ジュースや清涼飲料水類も含む)をしますか？ 内容・量・頻度などをお書きください。

( )

外食をしますか？ 内容・量・頻度などをお書きください。

( )

食事を作る人はどなたですか？ ( )

栄養指導を受けたことがありますか？ ない ・ ある (家族も一緒に受けた ・ 一人で受けた)

食生活で気をつけていることがあればお書きください。

( )

\* **運動について**

運動を行っていますか？ 行っている ・ 行っていない

運動の種類・一回あたりの平均時間・頻度などをお書きください。例:ウォーキングを30分/週に3回

( )

運動を行う時間帯はいつですか？ ( ) 例:夕食後1時間

運動時に気をつけていることがあればお書きください。

( )

\*\*\*\*\*糖尿病と診断されている方のみ、おわかりになる範囲でお答えください\*\*\*\*\*

★8. 初めて糖尿病と診断されたのはいつですか？（ 年 月頃 / 歳）

糖尿病と診断されたきっかけは何ですか

（ ・自覚症状 ・健診 ・他の病気で ・生命保険加入時 ・その他 \_\_\_\_\_ ）

食事療法を始めたのはいつですか（ 年 月頃 / 歳 kcal）

運動療法を始めたのはいつですか（ 年 月頃 / 歳）

薬物療法を始めたのはいつですか（ 年 月頃 / 歳 種類 ）

糖尿病で入院をしたことがありますか（ 年 月頃 / 歳 回数 ）

眼底検査を受けたのはいつですか（ 年 月頃最終 / 歳 ・ 受けた事がない）

9. 現在困っていること、知りたいこと、これから始めようと思っていることなどご自由にお書きください

（ \_\_\_\_\_ ）

\*\*\*\*\*おわかりになれば内容をご記入お願いします\*\*\*\*\*

1. HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)とは？

（ \_\_\_\_\_ ）

2. 糖尿病の三大合併症とは？

（ \_\_\_\_\_ ）

3. 大血管障害とは？

（ \_\_\_\_\_ ）

4. シックデイルールとは？何を注意したら良いですか？

（ \_\_\_\_\_ ）

5. フットケアとは？何を注意したら良いですか？

（ \_\_\_\_\_ ）

ありがとうございました ともながクリニック糖尿病・生活習慣病センター

\*\*\*\*\* スタッフ記入欄 \*\*\*\*\*