

糖尿病の患者様へ 記入をお願いします

カルテ番号

氏名

家族歴	血縁者(3親等以内)の糖尿病 (有 無)	検査	次の検査を今まで行ったことはありますか？
	どなたですか？()		①胸のレントゲン() ②腹部エコー()
	その人の現状()		③胃カメラ() ④検便()
体重の変動	20歳頃の体重(kg)	治療歴	それを一番最後に行ったのは何歳頃ですか？
	過去の最大体重と年齢(kg) (歳)		①() ②()
	現在 年(歳) 体重(kg)		③() ④()
	その経過()		食事療法 いつから()
妊娠と出産	出産回数(回)	薬歴	カロリー数(kcal)
	流産(有 無) 死産(有 無)		食事を作るのはどなたですか？()
	妊娠時の尿糖の既往(有 無)		運動療法 いつから()
職業	職業を詳しく書いてください	眼科	どのような事をしていきますか？
	()		()
	デスクワーク(時間/日)		今までかかっていた病院はどこですか？
	筋肉労働(時間/日) 車(時間/日)		()
ストレス	立位 歩行(時間/日)	現病歴	現在服用しているお薬を教えてください。(インスリンも含む)
			いつから 薬 名
飲酒	ビール(ml/日) 酒 ワイン(ml)	喫煙	() ()
	焼酎 ウイスキー ブランデー(ml)		() ()
	それらは何年間飲んでますか？(年)		() ()
現病歴	(本/日) (年)	現病歴	現在眼科にかかっていますか？
	自覚症状(口渇 多飲 多尿 倦怠感 体重減少		病院名()
	視力低下 足しびれ感 勃起不全 無月経		白内障(右・左) 網膜症(右・左)
	発汗異常 便秘 下痢)		眼科で手術はしましたか？ いつ()
その症状はいつからありますか？	()	どんな手術？()	
()	()		