

# 糖尿病教育入院アンケート

教育入院される方へ

※入院前にこれまでの生活を振り返って、以下のアンケートにお答えください。

この用紙はこれから担当につきます看護師をはじめとするスタッフが患者様を十分理解する為のものです。多くの質問内容ですが、ありのまま書ける範囲で記入して頂き、入院時に病棟看護師にお渡しください。

※ 記入方法—該当するところに○をし、空欄に具体的にご記入下さい。

記入日（ 年 月 日） 記入者：本人・代理（ ）

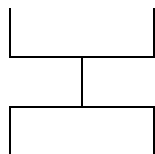
1.

(1) 氏名（ ）

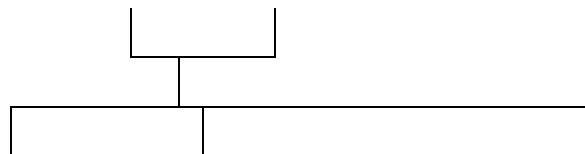
(2) 家族構成

(例にならって記入ください。同居している方を四角で囲んでください)

父（ ） 母（ ）



(例) 父 (68) 母 (65)



兄 (37)

妹 (31)

(3) 家族または親戚に糖尿病・高血圧・脳血管障害・癌その他の方はいますか？  
(はい・いいえ) はいと答えられた方へ、それは誰でどんな病気ですか？

(4) あなたの職業 以前（ ） 現在（ ）

## 2. 病気について

1) 糖尿病以外の病気をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

はいと答えられた方はその病名とその時の年齢と治療方法を記入してください

- ① 例) 15歳 (盲腸炎) (手術をした)
- 歳 ( ) ( )
- 歳 ( ) ( )
- 歳 ( ) ( )

2) 糖尿病について

① 初めて糖尿病といわれたのはいつですか？

① いつ \_\_\_\_\_ ところで \_\_\_\_\_

② その時自覚症状はありましたか？ (はい・いいえ)

① はいと答えられた方へ

② その時の症状を記入して下さい

③ かかりつけの眼科はありますか

( \_\_\_\_\_ ) 眼科 最終受診 ( \_\_\_\_\_ ) 月頃  
最終診断 ( \_\_\_\_\_ ) ※眼科手帳確認

④ 糖尿病教育入院を受けたことがありますか？

① いいえ ・ はい 今回 ( \_\_\_\_\_ ) 回目

⑤ 今までの体重の変化について教えてください。

① 20歳の時の体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg 最高体重 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ kg)

② 最低体重 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ kg)

(3) 1日の過ごし方について教えてください (運動・勤務時間なども教えてください)

起床時間 → ( \_\_\_\_\_ ) 時

就寝時間 → ( \_\_\_\_\_ ) 時

食事時間 → (朝 \_\_\_\_\_ ) 時

(昼 \_\_\_\_\_ ) 時

(夕 \_\_\_\_\_ ) 時

間食 する ・ しない

する方 → ( \_\_\_\_\_ ) を ( \_\_\_\_\_ ) 時に食べる

運動はしますか？ ( はい ・ いいえ )

はいと答えられたかた

・ 1日どのくらい運動しますか。

( \_\_\_\_\_ )

・ 運動内容はどのようなことですか。

( \_\_\_\_\_ )

(4) アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

(具体的に記入して下さい

)

嗜好品・間食について

アルコール・のむ・のまない

→飲酒する方 ( ) を1日 ( ) ml

タバコ・すわない・すう

→喫煙する方 1日 ( ) 本× ( ) 年間吸っている

(5) 白癬症(水虫)など、皮膚の症状で困っている事はないですか？

ない・ある (内容

)

皮膚科受診を希望する ( いいえ・はい )

(6) 女性のみお答えください。

月経 ( 順調・不順・閉経 )

妊娠回数 ( ) 回

出産回数 ( ) 回

巨大児 ( 有・無 )

(7) 今回の教育入院に対してご要望がありましたらご記入下さい。

◇ ご協力ありがとうございました。