

ふりがな		生年月日 S・H 年 月 日 ( 歳)	
氏名			
身長	cm	体重	kg
職業		記入日：R 年 月 日	

① 糖尿病と診断されていますか

はい ( 歳 のとき) いいえ 直近の健診で血糖値が高いと指摘

② 最近の血糖値はどれくらいですか 検査日 R 年 月 日

血糖値 (食後 時間 ・ 空腹時) ( mg/dl) HbA1c ( %)

③ 糖尿病治療のために病院等を受診していますか

受診している ( ヶ月に 回) 病院名 ( )  
 → 投薬状況 糖尿病薬 インスリン注射  
 → エネルギーの指示 あり ( Kcal) なし  
受診していない 理由 → 医師から通院の指示がないため 検査のみ受けているため  
症状等がでていないため 受診が面倒 お金がかかるため  
その他 ( )

④ 糖尿病以外で、診断されているまたは治療中の病気はありますか

はい → 高血圧 貧血 脂質異常症 腎臓病 痛風・高尿酸血症  
心臓病 脳卒中 肝臓、胆のう病 その他 ( )  
いいえ

⑤ たばこを吸っていますか

以前から吸っていない 吸っていたがやめた ( 前) 喫煙中 ( 本/日)

⑥ ご家族は何人ですか 同居あり ( 人) 一人住まい

⑦ 普段の食事づくりの担当 本人 家族 (続柄: ) その他 ( )

⑧ 血のつながった人に糖尿病の人はいますか いる (続柄: ) いない

No	項目	選択肢		
1	20歳の頃から体重が10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい
2	1回の食事にかかる時間はどのくらいですか	<input type="checkbox"/> 20分以上	<input type="checkbox"/> 10~20分	<input type="checkbox"/> 10分未満
3	朝昼夕の3食以外に間食(夜食)を食べることはありますか	<input type="checkbox"/> 週1回以下	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週4回以上
4	嗜好飲料(加糖コーヒー、ジュース類)を毎日飲みますか	<input type="checkbox"/> 週1回以下	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週4回以上
5	お酒を飲む頻度はどれくらいですか	<input type="checkbox"/> 週1回以下	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週4回以上
6	1日当たりの飲酒量はどのくらいですか 日本酒1合(180ml)=ビール500ml、焼酎(25度)110ml、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 (飲まない)	<input type="checkbox"/> 1~2合未満	<input type="checkbox"/> 2合以上
7	週2日以上運動習慣はありますか(1年以上継続している運動)	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
8	1日合計30分以上毎日歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
9	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ