

ID _____

Name 名前 _____

英語

Endocrinology, Diabetes and Metabolism Questionnaire

内分泌・糖尿病内科におかかりになる方へ

*Did you have any meal today?

本日食事をとりましたか?

Yes はい / No いいえ

*Please tell us your medical history.

今までかかった病気をお知らせください

*Please check for each condition below.

Age	Disease	Treatment/ Procedure	Under Treatment	Cure	Non-treatment
Ex.例 20	Appendicitis	Laparoscopic surgery		✓	

*Do you drink regularly? お酒を飲みますか?

Yes はい / No いいえ

<input type="checkbox"/>	Beer/ビール	_____ ml/Day/日	<input type="checkbox"/>	Whisky/ウイスキー	_____ ml/Day/日
<input type="checkbox"/>	Japanese sake/日本酒	_____ ml/Day/日	<input type="checkbox"/>	Wine/ワイン	_____ ml/Day/日
<input type="checkbox"/>	Other(s)/その他	_____ ml/Day/日			

*Do you smoke? タバコを吸いますか?

Yes はい (_____ cigarettes 本/ per day 日)

/ No いいえ

*Do you have any allergies, including to medications? Yes はい / No いいえ

お薬をはじめ、アレルギーはありますか?

(If yes, please specify _____)

*Are you currently on any medication? Please list them below.

現在内服しているお薬がありましたら記入してください。

	Name of Medication		Name of Medication
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

*When were you diagnosed with diabetes, and/or when were you told your blood glucose level was high? (Ex.: in 1993 at Annual checkup) いつ頃、糖尿病あるいは血糖が高いといわれましたか?

*Tell us your current height and weight.

Height 身長 (_____) cm, Weight 体重 (_____) kg

今の身長、体重をお知らせください。

*Tell us your weight when you were 20 years old.

20 歳時体重 (_____) kg

20 歳の時の体重をお知らせください。

*Tell us your maximum weight and your age of then. 今まで一番太っていた時の体重と、その時の年齢をお知らせください。

Maximum weight 最大体重 (_____) kg, at the age of (_____) その時の年齢

*Please take your blood pressure and write it here. 血圧を測って下に記入してください。

Blood pressure 血圧 (_____ / _____) mmHg