

糖化アンケート

患者さんID: 025-342789

※はっきりと読みやすい文字でお書きくださいますようお願いします。

質問1 名前（カタカナ） 氏 ハシモト 名 ヒロコ質問2 生年月日 昭和平成・令和 35 年 12 月 16 日質問3 性別 男 女 回答しない質問4 血液型 A型 B型 O型 AB型 わからない質問5 身長 180 cm 体重 70.3 kg

※以下、□を黒く■塗りつぶしてください。

質問6 糖尿病 なし 5年未満 5~10年前 10年以上前 わからない質問7 脂質異常症 なし 5年未満 5~10年前 10年以上前 わからない質問8 兄弟に糖尿病歴はありますか？ はい いいえ わからない質問9 両親に糖尿病歴はありますか？ はい いいえ わからない質問10 ほとんど運動しない はい いいえ質問11 お菓子、スイーツなどを週何回食べますか
ほぼ毎日 週2~3回 週1回以下または食べない

質問12 最もよく飲む飲み物は何ですか？

有糖飲料（ジュース、炭酸飲料、スポーツドリンク、エナジードリンク、加糖コーヒーなど）無糖飲料（お茶、水、炭酸水、無糖コーヒーなど）

質問13 飲酒習慣についてご質問致します。※別紙の選択肢一覧をご参考ください

飲む

どのお酒をどのくらいの量飲みますか？（複数回答可）

(例1) ビール を週に 2回 、 350ml缶 を 2 程度(例2) 3 を週に 3回 、 5 を 3 程度回答1 185ml を週に 5 回、 コップ を 3 程度回答2 4 を週に 2 回、 9 を 1 程度ほとんど飲まない

【医師入力欄】

質問14 歯の抜去位置を記入してください。 右上4

質問15 その他、HbA1c数値などコメントありましたら裏面に自由にご記入願います。

ご協力ありがとうございました。

