

## ED 問診票 2

1. 以下の質問にお答えください。

	項目	チェック		項目	チェック
1	ご飯、パンを毎日大量に食べる		21	野菜や果物をほとんど食べない	
2	甘い物、スナック菓子、清涼飲料水をほぼ毎日とる		22	風邪をひきやすい	
3	空腹感を感じ、おやつを食べる事が多い		23	コーヒーや紅茶をよく飲む	
4	夜中に目が覚めて、何かを食べる事がある		24	ドリンク剤をよく飲む	
5	食事を抜くことがある		25	疲れがたまっている	
6	十分な食事をして、食後1~2時間で空腹を感じる		26	ストレスを感じる事が多い	
7	夕方に強い眠気を感じたり、集中力が落ちる		27	シミ・シワが出てきた	
8	イライラや不安感が、甘い物をとることでよくなったことがある		28	紫外線をよく浴びる	
9	頭痛、動機、しびれなどが甘い物をとることでよくなったことがある		29	たばこを吸っている	
10	血縁者に糖尿病の人がいる		30	毎日30分以上運動している	
11	肉や魚をほとんど食べない		31	健康のために肉を控えている	
12	アルコールをよく飲む		32	立ちくらみ、めまい、耳鳴りがする	
13	仕事や勉強といった頭脳労働が多い		33	手足がよく冷える	
14	集中力が続かない		34	肩こり、背部痛、関節痛、筋肉痛がある	
15	記憶力が低下している		35	頭痛、頭重になりやすい	
16	本を読んでも頭に入らない。興味がなくなった		36	よくアザができる	
17	ちょっとした音に敏感だ		37	力が弱くなった	
18	眠りが浅い。悪い夢を見る		38	階段を上ると息切れする	
19	寝ても疲れがとれない		39	<b>性行為は嫌い</b>	
20	口内炎がよくできる		40	お風呂は嫌い	

初診時に必要なもの

- ・ 問診票2枚
- ・ 飲んでいる薬やサプリの写メ等