

◆腎臓科 問診票◆

氏名 _____ (歳) 男性・女性 体温 _____ 度
 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 現在の症状, 受診をすることになった症状を具体的に記入して下さい

② 今までに重い病気で入院や治療をした事がありますか?

いいえ・はい⇒(いつ頃 / 病名)

③ 血縁の方に下記の病気の方はみえますか?

いいえ・はい⇒・腎臓病()・脳卒中()・がん(部位)
 ・糖尿病()・高血圧()・結核()
 ・リウマチ()・その他()

④ ご家族に透析を受けている方はみえますか? いいえ・はい()

⑤ 現在通院している病院, クリニックはありますか?

いいえ・はい⇒(病院名 / 科 / 病名)

⑥ 現在服用中のお薬はありますか?

いいえ・はい⇒(薬剤名 お薬手帳 有・無)

⑦ 食欲 あり ・ なし

⑧ 便通 快便 ・ 便秘 ・ 下痢 (日 回)

⑨ アルコール 飲まない ・ 飲む (1日 本)

⑩ 6ヶ月以内に渡航しましたか?

いいえ・はい⇒(国名 /期間 年 月 日～ 年 月 日)

⑪ 喫煙状況 ・吸う ・紙巻きタバコ(種類)(1日 本× 年)

・加熱式タバコなど(種類)(1日 / 年)

・電子タバコの使用(・あり ・なし)

紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合すべてご記入お願いします

・吸わない

・やめた(・ 年前 ・ ヶ月前 ・ 日前 から禁煙)

受動喫煙:同居者で喫煙している人はいますか

・いる(喫煙者の続柄:)・いない

⑫ 女性のみ 月経 (順調 ・ 不順)・月経中

妊娠中(第 週)・閉経後 ・ 授乳中

⑬ マイナ保険証による診療情報に同意しましたか? いいえ ・ はい

⑭ 他の医療機関からの紹介状はありますか?

いいえ ・ はい(医療機関名:)

⑮ この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診していますか?

いいえ ・ はい(受診時期: 指摘事項:)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ありがとうございました