診察を受けられる方へ

記入日　　年　　月　　日

フリガナ
氏名　　生年月日　　年　　月　　日　　年齢　　歳

〒
ご住所

連絡先　　（自宅）　　（携帯）

患者様のご病気を詳しく診断するために、可能な範囲でお答えくださいますようお願い申し上げます。

1. 今日はどうなさいましたか？

☐ 他の病院からの紹介　（病院名　　）
☐ 健康診断で指摘を受けた
☐ 自覚症状がある　（いつ頃:　　・どんな症状:　　）
☐ その他　（　　）

2. 今までに自覚したことのある症状を〇で囲んでください。

・血尿　・倦怠感　・皮疹
・むくみ(手・足・顔)　・呼吸困難　・難聴
・腰痛　・息切れ　・その他（　　）
・関節痛　・動悸

3. 今までに学校検尿や職場の健康診断で腎機能の指摘を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい　（いつ頃:　　）

・はいの場合 → どのような内容でしたか？

（ 尿蛋白 ・ 尿潜血 ・ 尿糖 ・ その他の腎機能検査 ）

4. 腎臓病に対して、服用している健康食品やサプリメントはありますか？

なし ・ あり （具体的に:　　）

5. 現在、治療しているご病気はありますか？

いいえ ・ はい　（　　）

通院している病院名 （　　）

お薬手帳はありますか？　いいえ ・ はい

裏面に続く

6. 服用中のお薬はありますか？

いいえ ・ はい　（薬剤名:　　）

7. 何か運動はされていますか？

なし ・ あり （具体的に:　　）

8. 過去に大きなご病気(入院や長期療養)をされたことはありますか？

なし ・ あり （病名:　　）

9. 今までに薬や食品でじんましんや呼吸困難などのアレルギー反応が出たことはありますか？

なし ・ あり （薬剤:　　症状:　　）

（食品:　　症状:　　）

10. 血のつながっている方の中で、腎臓病の方はおられますか？

いない ・ いる　（ご関係:　　）

11. 血のつながっている方の中で、腎臓病以外のご病気の方はおられますか？

いない ・ いる　（ご関係:　　ご病気:　　）

12.嗜好品はありますか？

①タバコ　吸わない ・ 吸う （1日　　本）

②アルコール　飲む頻度(飲まない ・ 月1-2回 ・ 週　回 ・ ほぼ毎日)

お酒の種類(　　)・1回に飲む量(　　)

13.その他、お尋ねになりたいこと・ご要望があればご記入ください。

※女性の方で妊娠中・妊娠の可能性・授乳中などございましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。
個人情報保護法に基づき、診療目的以外には利用しません。

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

医療法人社団 泰成会
東静岡腎クリニック

※スタッフ記入欄

身長	cm	服薬中の薬	有 ・ 無
体重	kg	お薬手帳確認	済 ・ 未
BMI	kg/㎡	健診結果等確認	済 ・ 未
標準体重	kg	カルテ No,	