

・腎臓が片方しかない、又は萎縮しているなど過去の検査で指摘されたことはありませんか？

ない ある

・今までに肉眼的に、血尿がでたことがありますか？

ない ある ⇒ 扁桃炎や発熱後 ()歳
 下痢(腸炎)の時 ()歳
 コロナ感染・予防接種の時()歳

・整形外科等で痛み止めを飲んでいる、飲んでいた、市販の痛み止め、サプリメントなど常用している薬はありますか？

ない ある ⇒ (お薬の名前:)

・ご家族に下記の病気がある方がいますか？または、いましたか？

腎臓病 心臓病 糖尿病 高血圧 脳疾患 悪性疾患 人工透析

・飲酒習慣

飲まない 飲む ()回/週 1日あたり()合・ml

・喫煙習慣

吸ったことがない
 吸っていた ⇒ ()歳から
1日()本()年間
 吸っている ⇒ 1日()本()年間

・家族構成について

兄弟、子供は上から年齢順で、記入をお願いします。

同居家族は、にチェックをお願いします。

両親

父親 歳
 母親 歳

兄弟

(男 女) 歳
 (男 女) 歳
 (男 女) 歳
 (男 女) 歳

子供

(男 女) 歳
 (男 女) 歳
 (男 女) 歳
 (男 女) 歳

・重大なことを決めるときに、どなたに相談しますか？

氏名 続柄 電話番号()

・今後の治療について、心配事や相談したいことがありますか？

・当院を受診したきっかけをおしえてください

・インターネットを見て ・家族、知人より紹介 ・かかりつけ医より紹介 ・その他()

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お願いいたします。