

# 問診票

新 ・ 久

ふりがな

聞き取り看護師

□氏名

ID

来院日 年 月 日

※登録上対応出来ない文字がある為 常用漢字にて対応させていただきます

□住所 〒

□生年月日

大・昭・平

□電話番号

□携帯電話/緊急連絡先

( )歳 男 ・ 女

※現在どちらかの病院に入院中ですか。( いいえ ・ はい 病院名: )

いつから どうあり ますか	いつから
	どうあります
	ますか

・過去にかかった大きな病気、現在通院治療している病気はありますか？

病名	年齢	治療内容(〇〇手術、内服など)	治療施設名

・腎臓病のリスクとなる病気など、その他の病気はありませんか？あるものに〇をしてください。

糖尿病 脳疾患 高血圧 心臓病 脂質異常症 高尿酸血症  
慢性扁桃炎 慢性関節リウマチ 尿路結石 前立腺肥大 膠原病

・かかりつけ医がある患者さんへ

医師から腎臓病について、どの様な説明を受けていますか？


・アレルギーはありますか？

ない  ある ⇒  薬剤 (お薬の名前: )  
 食べ物 ( )  
 その他 (花粉症、消毒薬 )

・過去に腎臓病にかかったことはありませんか？

系球体腎炎	ない ・ ある	膀胱炎	ない ・ ある
腎盂腎炎	ない ・ ある	尿路結石	ない ・ ある
ネフローゼ症候群	ない ・ ある	IgA腎症	ない ・ ある

・過去、健診の尿検査で、尿蛋白、尿潜血をしてきされたことはありますか？

ない  ある (尿蛋白 ・ 尿潜血)

※ 過去の健診結果があれば全て、持参してください

--	--	--	--

・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。