

患者 ID :

## 腎臓・高血圧内科外来 問診票

記入年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 齡 \_\_\_\_\_ 歳  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 一ヶ月以内の海外渡航歴 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無

※現在、通院中の病院はありますか？ ( 有 : 病院名 \_\_\_\_\_ ・ 無 )

1) 今日どのような症状で来院されましたか？○をつけてください。

( 検診 ・ 他の病院で ・ 自分 ) で気が付いた

タンパク尿 血尿 高血圧 むくみ 腎機能障害

その他症状 ( \_\_\_\_\_ )

2) 上記以外の病気で治療を受けたことがありますか？ または、現在治療中の病気はありますか？

高血圧 ( 有 ・ 無 ) 糖尿病 ( 有 ・ 無 )

高脂血症 ( 有 ・ 無 ) 高尿酸血症 ( 有 ・ 無 )

その他 例 : 【 ○○歳 胆嚢の手術 お薬 (  有 ・ 無 ) 】

【 \_\_\_\_\_ 歳 お薬 ( 有 ・ 無 ) 】

【 \_\_\_\_\_ 歳 お薬 ( 有 ・ 無 ) 】

3) 家族の病気の有無についてお尋ねします。( 両親、兄弟、祖父母、子供 )

高血圧 ( 有 ・ 無 ) 糖尿病 ( 有 ・ 無 )

腎臓病 ( 有 ・ 無 ) 透析歴 ( 有 ・ 無 )

その他、○をつけてください。

( 高脂血症 ・ 高尿酸血症 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳梗塞 ・ 結核 ・ がん )

4) 毎日の生活についてお尋ねします。

お酒は飲みますか？ ( はい ・ いいえ ) ( 毎日 ・ 週に \_\_\_\_\_ ・ 月に \_\_\_\_\_ 回 )

タバコは吸いますか？ ( はい ・ いいえ ・ やめた ) ( 1日に \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 歳から )

5) 現在、痛み止め、漢方薬、サプリメントは飲んでいますか？

痛み止め ( 有 ・ 無 ) お薬の名前 \_\_\_\_\_

漢方薬 ( 有 ・ 無 ) お薬の名前 \_\_\_\_\_

サプリメント ( 有 ・ 無 ) お薬の名前 \_\_\_\_\_

6) アレルギーはありますか？ お薬や食べ物で体に異常が現れたことはありますか？

お薬 ( 有 ・ 無 ) 内容 \_\_\_\_\_

食べ物 ( 有 ・ 無 ) 内容 \_\_\_\_\_

その他、○をつけてください

( キウイ ・ パパイア ・ マンゴー ・ 栗 ・ 金属 ・ ゴム製品 ・ アルコール )

7) 女性の方のみお答えください。

現在妊娠されていますか？ ( はい ・ いいえ )

妊娠の可能性はありますか？ ( はい ・ いいえ )

8) 上記以外の情報があればご記入ください。