



こしだ内科クリニック 問診票

令和
平成 年 月 日

ID no. :

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	才
住所	〒 -		
電話	※連絡の取りやすい番号をご記入ください		

腎臓内科受診の方はご記入ください

1. どのような症状ですか？

体温(°C)

- ・検診で指摘された(学校・会社)
- ・尿蛋白 ・尿潜血
- ・腎機能低下 ・クレアチニン値上昇
- ・頻尿 ・排尿時痛 ・膀胱炎の症状(血尿・頻尿・排尿時痛など)
- ・むくみ ・だるさ
- <慢性的な疾患>
- ・高血圧 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・心臓病
- <その他>

2. いつからですか？(例:〇〇歳から、〇〇年頃からなど)

3. その他、医師に相談したいことがあればご記入ください。

4. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある・ない

あるに○を付けた方はどのような病気ですか？

- ・高血圧 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・痛風 ・狭心症/心筋梗塞 ・不整脈 ・喘息 ・脳卒中
- ・その他

→現在治療されていますか？ している ・ していない

・ご家族の中に腎臓の悪い方はいらっしゃいますか？ いる・いない

→どなたですか

5. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありませんか ある・ない

あるに○を付けた方はお薬、サプリメントのお薬名をご記入ください

*お薬手帳、薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい

6. お薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

あるに○を付けた方はどのようなものでアレルギーが出たことがありますか？

- ・食べ物() ・薬() ・その他()

7. 女性の方のみ → 現在、どちらかにあてはまりますか？ 妊娠中 ・ 授乳中 / どちらでもない