こしだ内科クリニック

令和
~~平成~~　　年　　月　　日

問診票

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(　　.　　℃)

・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:○○歳から、○○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