

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

(昭和・平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

患者様のご病気を正しく診断するために、可能な範囲でお答えくださいますようお願い申し上げます。

1. 今日どのような経緯で受信されましたか？

- ① 他の病院からの紹介 病院名( \_\_\_\_\_ )
- ② 健診にて指摘を受けた
- ③ 自覚症状がある。いつ頃から、どのような症状ですか？  
( \_\_\_\_\_ )
- ④ その他  
( \_\_\_\_\_ )

2. 今回の症状・ご病気で他の医療機関を受診なさいましたか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えられた方は以下の質問にお答えください。

- ① 受診した病院名( \_\_\_\_\_ )
- ② 通院した機関( \_\_\_\_\_ )
- ③ 現在、お薬を飲んでいますか？もしくは以前飲んでいましたか？  
お薬の名前が分かれば記入してください。  
( \_\_\_\_\_ )
- ④ そちらの病院では、どのような説明を受けましたか？  
( \_\_\_\_\_ )

3. 今までに自覚したことのある症状を○で囲んでください。(複数可)

- |               |         |         |         |
|---------------|---------|---------|---------|
| • 血尿          | • 尿の着色  | • 尿の泡立ち | • 足のむくみ |
| • 手のむくみ       | • 顔のむくみ | • 腰痛    | • 倦怠感   |
| • 冷感(寒がりになった) | • 呼吸困難感 | • 息切れ   | • 動悸    |
| • 足の皮疹        | • 難聴    | • 関節痛   |         |

4. 今までに学校検診や職場検診で異常の指摘を受けたことがある場合はご記入ください。

指摘されたことが ある (○) ・ 無い (×) ・ 覚えていない (△)

上記記号を表の中にご記入ください。

	尿蛋白	尿潜血	その他の腎機能検査
小学校以下			
中学校以下			
高校以下			
大学以下			
成人			

5. 今までにかかったことのある病気を○で囲んでください。(複数可)

- ・ 急性腎炎      ・ 慢性腎炎      ・ ネフローゼ症候群      ・ 腎機能障害      ・ 急性腎不全
- ・ 慢性腎不全      ・ 痛風      ・ 糖尿病      ・ 嚢胞腎      ・ 多発性嚢胞腎
- ・ 尿路結石      ・ 腎腫瘍      ・ 腎結核      ・ 腎臓摘出      ・ 膀胱炎
- ・ 膠原病      ・ リウマチ      ・ 関節炎      ・ 急性腎盂腎炎      ・ 慢性腎盂腎炎
- ・ 血管炎      ・ 狭心症      ・ 心筋梗塞      ・ 脳卒中      ・ 脳梗塞
- ・ 脳出血      ・ クモ膜下出血      ・ 癌      ・ 紫斑病(アレルギー性)
- ・ 気管支喘息      ・ アトピー性皮膚炎      ・ アレルギー性鼻炎

6. その他大きなご病気や手術をされた方は病名や時期を教えてください。

病名( ) 時期( )

病名( ) 時期( )

7. ご家族・ご親戚について 5.で挙げたご病気にかかっているらっしゃれば教えてください。

父( )

母( )

兄弟・姉妹・その他( )

8. 今までに、薬や食べ物などで蕁麻疹などのアレルギー症状が出たことがありますか？

はい      ・      いいえ

「はい」と答えられた方へ

原因の薬や食べ物の名前・出現時期・症状・回数などを教えてください。

[ ]

9. その他、お尋ねになりたいこと・ご要望があればご記入ください。

[ ]