腎疾患用初診問診票 （記入日　　年　　月　　日）

ふりがな			生年月日	電話番号（連絡がつきやすい電話）
お名前		男・女	年　月　日（　歳　か月）	
ご住所	〒			
体重　　kg				

- 兄弟（姉妹）はいらっしゃいますか？(いる・いない)　いるの場合(　　人兄弟の　　番目)
- 通園・通学中の方は園名・校名をご記入ください。(　　)

本日はどうされましたか？(症状)

1. 血尿　　いつから(　　)
   (検診で指摘された・ほかの病院で指摘された・見た目が赤いおしっこが出た)
   見た目が赤いおしっこが出た方　色（麦茶色・コーラ色・ピンク・真っ赤）
   おしっこの時の痛み　（あり・なし）
2. 蛋白尿　　いつから(　　)
   (検診で指摘された・ほかの病院で指摘された・むくみがある)
3. おしっこの回数が多い　　いつから(　　)　回数(　　回/日・　　分毎)
4. おねしょ　回数(毎日・週に数回・月に数回)
5. 昼のおもらし　回数(毎日・週に数回・月に数回)　量(パンツにつく程度・多い)

便秘はありますか？(あり・なし)　ありの場合(　日に１回)

その他(　　)

ご家族のことを教えてください

1. 家族の中(祖父母、いとこまで含む)で以下の病気にかかっているもしくはかかった人はいますか？
   腎臓病(血尿・蛋白尿・急性腎炎・慢性腎炎・腎不全・腎移植・透析・尿路結石・その他)
   肝臓病(B 型肝炎・C 型肝炎・肝硬変・肝がん)　若いかたの難聴
   膠原病(リウマチ・全身性エリテマトーデス・その他)
   その他(　　)

お薬について

1. 内服可能なお薬の種類(粉薬・シロップ・錠剤・どれでも可)
2. 現在使っているお薬はありますか？(あり・なし)
   ありの方でお薬手帳のない方はわかる範囲でお薬を書いてください(　　)
3. お薬または食べ物のアレルギーはありますか？(あり・なし)
   ありの場合(食べ物　　)(薬名　　)

今までにかかった病気について

1. 今までに大きな病気や入院をしたことはありますか？　(あり・なし)
   ありの場合(　　)
2. けいれん(ひきつけ)をおこしたことはありますか？(あり・なし)
   ありの場合　(今まで計　　回)　けいれんの薬(あり・なし)

来院されたきっかけは何ですか？

知人・家族の紹介　　インターネット　　近いから　　広告をみて