

内科(腎臓内科)問診票

医療法人 池田医院

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	本日の体温	度
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(満 歳)	
住所		電話	自宅： 携帯：	
身長	cm	体重	kg	職業

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックを付けてください。

痛い（頭 のど 胸 胃 お腹 背中 その他（ ））

熱 鼻水・鼻づまり 咳・痰 吐き気 嘔吐 胸やけ 動機 息切れ

胃がもたれる 便に血が混ざる 便秘 下痢 食欲不振

尿に血が混ざる 尿に近い 排尿時に痛みがある 尿が泡立つ むくみ

めまい・ふらつき 不眠 血圧が高い 健康診断希望 その他（ ）

症状はいつ頃からありますか？（今日・昨日・ 日前・ 週間前・ カ月前・その他）

症状はどのように始まりましたか？（急に・ゆっくりと・徐々に・時々・その他）

症状は発症時と比べてどのように変化していますか？

（変わらない・徐々に悪くなっている・良くなったり悪くなったりする・徐々に良くなっている・その他）

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入下さい。

過去に病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

それはいつごろ、どこの病院で受けましたか？

いいえ はい（ ）

現在、治療中の病気はありますか？通院されている病院名もご記入下さい。

今までに治療した病気もご記入もしくはチェックして下さい。

なし あり

高血圧 糖尿病 高脂血症 甲状腺疾患 心臓病 肝臓病

腎臓病 呼吸器疾患 癌 前立腺肥大症 婦人科疾患 その他（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？

お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

なし あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください。

喫煙：吸わない 吸う（ 本/日× 年間）

禁煙した（それはいつですか（ ）、それまで喫煙（ 本/日× 年間））

飲酒：飲まない 飲む（週 日）、（種類・量 ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他（ ）