

※発熱、体調がすぐれない方はお申し出ください。

ふりがな	記入日	20	年	月	日
氏名	年齢		歳	(男・女)	

◆ 今日はどうなさいましたか。

- 他の医療機関から受診を勧められた \longrightarrow 紹介状 あり なし
- 自覚症状があり受診
- 健康診断にて受診を勧められた
- 特定健診 (40~74歳を対象とした生活習慣・メタボ健診) 受診歴 あり なし

◆ 今までに自覚したことや検査で指摘されたことについておたずねします。

<input type="checkbox"/> 血尿	<input type="checkbox"/> 尿の泡立ち	<input type="checkbox"/> 尿たんぱく	<input type="checkbox"/> 腎臓機能検査の異常
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 呼吸困難
<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> むくみ (<input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> あし)	
<input type="checkbox"/> 微熱が続く	<input type="checkbox"/> 高血糖	<input type="checkbox"/> その他 ()	

上記のことで、他の医療機関で診察・治療を受けたことがありますか。

- ない ある (いつ頃 内服 注射 入院)

◆ 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか。

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脳血管障害
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ
<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 眼底出血	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> その他

◆ 今までに入院歴・手術歴があればお書きください。

◆ ご家族 (血縁) の方で次のような病気にかかった人がおられますか。

<input type="checkbox"/> 腎臓病 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 ()
<input type="checkbox"/> 糖尿病 ()	<input type="checkbox"/> 心臓病 ()
<input type="checkbox"/> 脳血管障害 ()	<input type="checkbox"/> その他

◆ 生活習慣などについておたずねします。

- 飲酒 飲まない 飲む 1日
- タバコ 吸わない 吸う 1日 本 禁煙した
- 20歳のころの体重 k g 過去最大体重 k g

◆ 飲んでいるお薬や注射薬の使用などがありますか。※お薬手帳をお持ちの方は提示ください。

- なし あり ()

◆ かかりつけのクリニック、病院 ()

◆ 薬、食べ物、消毒薬、ゴム製品などのアレルギーはありますか。

- なし あり ()

◆ 妊娠、授乳中ですか。 いいえ はい

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。