

腎臓病診療科受診の方へ

氏名:	年齢:	診察券番号:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください)		Tel:

記入日 年 月 日

- 腎臓病で診察を受け始めたのはいつですか。(歳)
- 医師から腎臓病について、どのような説明を受けていますか。

()

- 過去にかかった大きな病気、現在通院治療している病気はありますか？

病名	年齢	手術名	治療施設名
()	()	()	()
()	()	()	()
()	()	()	()
()	()	()	()
()	()	()	()

- アレルギーはありますか。

ない

ある⇒ 薬剤 ()

食物 ()

その他 (花粉症、消毒薬、)

- 今までに栄養指導を受けたことはありますか。

受けた

いつ頃受けましたか ()

どこで受けましたか ()

どのような指導ですか ()

受けたことがない

- 喫煙

吸ったことがない

吸っていた ⇒ () 才から

1日 ()本 ()年間

吸っている ⇒ 1日 ()本 ()年間

■ 飲酒

- 飲まない
- 付き合い程度
- よく飲む 種類()
()回/週 1日あたり()合・ml

■ 運動

- 種類
- 頻度 ()回 / 週 ()時間 / 1回

■ 当院処方薬以外の薬剤・サプリメント・健康食品・漢方薬などがありますか。

- ない
- ある ⇒ 種類・商品名 ()

■ 休養・睡眠

- 充分
- 不十分 (睡眠時間 時間)

■ 日常生活に不自由がありますか。

- なし
- あり ⇒具体的に()

■ 現在受けている、または、申請中の社会保障・サービスはありますか。

- 特になし
- 身体障害者手帳()級 介護保険 (要支援 / 要介護 級)
- 利用施設名 ()
- その他 ()

■ 家族について

兄弟・子供は上から年齢順で、記入をお願いします。

同居家族は、□にチェックをお願いします。

配偶者 氏名 (才)

両親		兄弟		子供		
<input type="checkbox"/> 父親	才	<input type="checkbox"/> (男 女)	才	<input type="checkbox"/> (男 女)	才	
<input type="checkbox"/> 母親	才	<input type="checkbox"/> (男 女)	才	<input type="checkbox"/> (男 女)	才	
		<input type="checkbox"/> (男 女)	才	<input type="checkbox"/> (男 女)	才	
		<input type="checkbox"/> (男 女)	才	<input type="checkbox"/> (男 女)	才	
		<input type="checkbox"/> (男 女)	才	<input type="checkbox"/> (男 女)	才	

- 重大なことを決めるときに、どなたに相談しますか。

氏名

続柄

- こちらから連絡する場合、病院名・受診科を告げてよろしいですか。

はい

いいえ

今後の治療について 心配事や相談したいことがありますか。

()

記入者 本人 / 本人以外 (氏名

)

お伺いした情報を診療以外の目的で使用することはありません。
ご協力ありがとうございました。