

**1. 今日はどうような症状で来られましたか？**

- しこりがある     右                       左                       両方  
 痛みがある     右                       左                       両方  
 乳頭分泌がある  右                       左                       両方  
     → 色は？     血性                       茶                       白                       透明  
 他の症状がある ( \_\_\_\_\_ )  
 他の病院で異常を指摘されたので受診した                       右                       左                       両方  
 特に自覚症状はない

**2. 今までに乳がん検診を受けていましたか？**

- 受けていた                      ( \_\_\_\_\_ ) 年前から  
 受けていない  
 自己検診を行っていた ( \_\_\_\_\_ ) 年前から  
 自己検診は行っていない

**3. 月経について**

- 初経( \_\_\_\_\_ ) 歳    月経周期 :  正順( \_\_\_\_\_ ) 日型                       不順  
 閉経( \_\_\_\_\_ ) 歳

**4. 結婚歴について**

- あり  
 なし

**5. 妊娠歴について**

- あり                      妊娠( \_\_\_\_\_ ) 回                      出産( \_\_\_\_\_ ) 回  
     お子さんのいる方                      年齢・性別 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )  
 なし

**6. 育児希望(今後、お子様を持つ希望)について**

- あり  
 なし

**7. ホルモン治療を受けたことがありますか？**

- はい                       不妊治療                       更年期障害                       その他( \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

**8. お仕事をされていますか？**

- はい                      職業 : ( \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

**9. 血縁者の方(いとこまで)で、がんにかかった方がいますか？**

- はい                      続柄・がんにかかった部位 : ( \_\_\_\_\_ )  
 いいえ

1. 医師などから話があるとき、誰と一緒に聞きたいですか？

( )

2. 血を止まりにくくするお薬を、内服していますか？

はい

( お薬の名前 : )

いいえ

3. 血のつながった方で癌にかかったことがある方はいますか

はい

続柄・癌にかかった部位はどこですか

( )

いいえ

4. 今までに下記の仕事に就いたことはありますか

建設業

造船業

農業

なし

5. 今までに肺の病気にかかったことはありますか

はい→ いつ頃ですか ( ) 病名 ( )

いいえ

不明



# 問診票 〈腎移植レシピエント 受診用〉

腎移植を希望される方へ（医師の診察前に記入してください）

氏名 \_\_\_\_\_ 血液型: \_\_\_\_\_ 型 \_\_\_\_\_

1. どのように移植という選択肢を知りましたか？				
2. ドナー候補の方・ドナーとの関係性を教えてください ( _____ )				
3. 血のつながった親、子、親戚に腎臓病・透析中の方がいますか？				
<input type="checkbox"/> はい 続柄・( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ				
4. 飲酒をされている方へ 週何回・何を飲みますか？ 週 ( _____ 回) ( _____ )を飲む				
5. 日常生活について				
① 妊娠歴はありますか	<input type="checkbox"/> はい	(妊娠: _____ 回)	(出産: _____ 回)	<input type="checkbox"/> いいえ
② 今後妊娠の希望はありますか	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ
③ 輸血歴はありますか	<input type="checkbox"/> はい	それはいつですか	年 月	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 移植歴はありますか	<input type="checkbox"/> はい	それはいつですか	年 月	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 透析をされていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 血液透析	<input type="checkbox"/> 腹膜透析	年 月 ~ <input type="checkbox"/> いいえ
透析中の方	透析施設		( _____ )	
	透析スケジュール		( _____ )	
	透析をしていて倦怠感などの不快な症状はありますか		( _____ )	
	自尿はありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 腎生検をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	それはいつですか	年 月	<input type="checkbox"/> いいえ
はいと答えた方	腎生検の結果:( _____ )			
	腎不全の原因:( _____ )			
6. これまでに、薬の飲み忘れがありますか？				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 内服薬の管理はどのように ( _____ ) していますか				
7. 身体障害者手帳は、持っていますか？				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> いいえ				
8. 現在、お仕事をされていますか？ 差し支えなければ、お仕事の内容を、教えてください ( _____ )				
9. かかりつけの耳鼻科・眼科があれば教えてください 耳鼻科:( _____ ) 眼科:( _____ )				
10. 一年以内に健康診断(がん検診)を受けたことがありますか？				
<input type="checkbox"/> はい ・健康診断(がん検診)の結果を、お持ちでしたら提出をしてください <input type="checkbox"/> いいえ				
11. 血を止まりにくくするお薬を、内服していますか？				
<input type="checkbox"/> はい ( お薬の名前: _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ				

# 初めて診察を受けられる方へ

問診室入力

※ ご記入またはを入れてください

令和 年 月 日

フリガナ		年齢	体温： °C	脈拍： 回/分
氏名			血圧： / mmHg	
携帯	-		身長： cm	体重： kg
緊急連絡先	氏名： 続柄：		呼吸数： 回	SPO2： %
	電話番号： -			

<b>① 今までにかかった病気(指摘されたことのある病気)がありますか?</b> <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 透析・シャント部位( ) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳・鼻の病気 <input type="checkbox"/> 胃・腸の病気 <input type="checkbox"/> 骨の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>② 手術を受けたことがありますか? (病名または手術名)</b>	年齢      医療機関	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>③ 現在飲んでいる薬がありますか?</b> お薬手帳を持参されていますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか?</b> 薬品名( ) 症状( )		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑤ 以下のアレルギーはありますか?</b> <input type="checkbox"/> 食べ物(食品名: ) 症状( ) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード系 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか?</b> <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 金属ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー <input type="checkbox"/> 歯のインプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑦ タバコ(電子タバコも含みます)は吸いますか?</b> ( 歳頃から 本/日 ) ( 喫煙歴: 年 )		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑧ お酒は飲みますか?</b>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、告知を受けたいですか?</b>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑩ 治療上輸血が必要となったときは受けられますか?</b>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑪ 女性の方へお尋ねします。妊娠中、または可能性はありますか?</b>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください</b>		( ) 歯科	