

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				

