

**신장내과를 방문하시는 환자분들께**

|  |  |
| --- | --- |
| 성명: | 연령:  |
|  이메일 주소:  | 전화번호： |

1. **언제부터 신장질환으로 의사의 진료를 받기 시작했습니까?** ( 살)
2. **신장질환에 대해 의사로부터 어떤 설명을 듣습니까?**
3. **과거에 앓았거나 현재 병원에서 치료를 받고 있는 주요 질병이 있습니까?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  질병  |  연령 |   | 수술명 |   | 치료 시설명 |   |
| （ | ）（ | ）（ |   | ） | ( ( ) | ） |
| （ | ）（ | ）（ |   | ） | ( ) | ） |
| （ | ）（ | ）（ |   | ） | ( ) | ） |
| （ | ）（ | ）（ |   | ） | ( ) | ） |
| （ | ）（ | ）（ |   | ） | ( ) | ） |
| 4.  | **알레르기가 있습니까?**   아니요 |   |
|   |   예. ⇒ □ 약 (  | ） |
|   |  □ 음식( | ） |

  □ 기타 (꽂 알레르기, 방부제, )

1. **영양지도를 받은 적이 있습니까?**

□ 받았어요

언제가 받았습니까? ( )

어디에서 받았습니까? ( )

□ 받은 적이 없어요

1. **흡연**

□ 담배를 피운 적이 없어요

□ 이전에 담배를 피운 적이있어요. ( ) 살부터 ( )살까지, ( ) 개피/일,

□ ( ) 년간 흡연 ( ) 개피/일

1. **음주**

□ 마시지 않아요

□ 자주 마셔요 종류( ) , ( )회/주, ( ) ml/일

1. **운동**

□ 종류

□ 횟수 ( ) 회/주, ( ) 시간/회

1. **저희 병원에서 처방한 약품 외에 약품, 보충제, 건강식품, 한약재 등이 있습니까?**

□ 없어요

□ 종류/상품이름（ ）

1. **휴식 및 수면**

□ 충분해요

□ 부족해요 (수면시간\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_시간 )

1. **일상생활에 장애가 있습니까?**

□ 아니요

□ 예, 특별히 ( )

**협조해 주셔서 감사합니다!**