

小児腎臓外来（学校検尿）チェックリスト

受診日 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

性別 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

年齢 歳 ( ) 年生

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_

※当てはまる方に○を付けてください。

①検尿の異常を以前にも指摘されたことがありますか？	はい	いいえ
はいの方 → 以前の検尿実施日 ( )、その結果 ( 異常あり・異常なし )		
②学校（保健所）に出した尿は、起床時のものでしたか？	いいえ	はい
③検尿を提出した時の体調はどうでしたか？	良くない	良い
④生理中またはその直後でしたか？	はい	いいえ
⑤検尿より1ヶ月ぐらい前に高熱が出たり、扁桃腺が腫れたことはないですか？	ある	ない
⑥これまで何か病気をしていますか？	はい	いいえ
はいの方 → 病名 ( ) 現在治療中ですか？ ( はい・いいえ )		
⑦何か気になる症状はありますか？	ある	ない
⑧腎臓の病気、高血圧を指摘されたことがありますか？	ある	ない
⑨ピンク色やワイン色、赤い尿が出たことはありますか？	ある	ない
⑩原因不明の発熱、抗生物質で良くなる風邪に繰り返しかかったことがありますか？	ある	ない
おしっこが出にくい、痛い、頻尿だったことがありますか？	ある	ない
尿路感染症（膀胱炎、腎盂腎炎）と言われたことはないですか？	ある	ない
⑪青あざや点状の赤いプツプツ（紫斑）が出たことはないですか？	ある	ない
あるの方 → その時、腹痛がありましたか？ ( あった・なかった )		
⑫最近体重が急に増えた、むくんでいる、顔色が悪いと感じますか？	はい	いいえ
⑬頭痛、倦怠感を訴えますか？	はい	いいえ
⑭お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ( ) g、週数 ( ) 週		
周産期に何か問題はありましたか？	ある	ない
⑮健診で成長発達に関して何か指導を受けたことがありますか？	ある	ない
⑯排尿習慣は？一日に何回トイレに行きますか？	( ) 回	
トイレトレーニングは順調にすすんでいますか？	いいえ	はい
⑰偏食はないですか？	ある	ない
塩っ辛いものを好みますか？	はい	いいえ
多飲・多尿の傾向がありますか？	ある	ない
⑱親戚内に腎臓病、高血圧、糖尿病、透析の方がいますか？	いる	いない
⑲家族の中に血尿が出たことがある人がいますか？	いる	いない
⑳家族で持病のある人がいますか？	いる	いない
㉑親戚内に目の不自由な方、耳の不自由な方がいますか？	いる	いない
㉒お父さん、お母さんの身内に血族結婚の人がいますか？	いる	いない
㉓お子さんに兄弟がいますか？	いる	いない