

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名： 生日： 身分證字號： 病歷號：
性別： 職業： 教育程度：

二、病史記錄：

1. 如何發現自己有腎臟病？

- | | | | | |
|-----|--------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| (1) | 因出現不同之症狀就醫檢查發現 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| (2) | 因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| (3) | 因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| (4) | 因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| (5) | 因體檢或健康檢查偶然發現 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |

2. 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

(1) 沒有症狀 是 否(請續答)

(2) 有症狀如下：(可多選)

- | | | | | |
|----|----------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| a. | 類似感冒症狀，一直未癒 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| b. | 蛋白尿或血尿 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| c. | 眼瞼浮腫或手腳水腫 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| d. | 背部肋骨下緣疼痛 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| e. | 時常覺得倦怠無力 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| f. | 夜裡無法入睡 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| g. | 血壓高，全身不適 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| h. | 夜裡頻尿，無法入睡 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| i. | 尿量減少 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| j. | 胃口不好 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| k. | 常有噁心、嘔吐之情形 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| l. | 爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| m. | 有頭暈、眼花之情形或貧血 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| n. | 夜裡須採坐姿，才能入睡 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不知道 |

三、使用藥物病史：

1. 因疼痛服用止痛劑：

沒有服用 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用

2. 常常打針，如（消炎、止痛）：

沒有 偶爾打針 時常打針(請填頻率)：_____

3. 服用草藥偏方：

沒有服用（若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率）

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用