

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα κενά με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια. Τα στοιχεία θα βοηθήσουν στην ολοκλήρωση του ιατρικού σας ιστορικού

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_ ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_\_  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_

### 1. Είχατε στο παρελθόν κάποιο από τα ακόλουθα;

ΓΝΩΣΤΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΥΚΤΟΥΡΙΑ (ΟΥΡΗΣΗ ΤΗ ΝΥΧΤΑ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΣΥΧΝΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΥΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΥΡΗΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΟΝΟ ΣΤΟ ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΥΣΟΥΡΙΑ (ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΥΡΗΣΗ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΚΟΗΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΧΡΟΝΙΑ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΦΡΩΔΗ ΟΥΡΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΛΗΨΗ ΒΟΤΑΝΩΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ (ΑΙΜΑ ΣΤΑ ΟΥΡΑ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΛΗΨΗ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ (ΛΙΘΟΙ ΣΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥΣ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ

### 2. Έχετε γνωστή αλλεργία σε κάποια ουσία; Τι μορφής αλλεργική αντίδραση παρουσιάσατε (εξάνθημα, κνησμό, οίδημα, δύσπνοια, shock);

### 3. Είχε κάποιος από τους εξ αίματος συγγενείς σας κάτι από τα ακόλουθα; Αν ναι, σημειώστε τη σχέση συγγένειας.

Καρδιαγγειακό πρόβλημα  \_\_\_\_\_ Γλαύκωμα  \_\_\_\_\_  
Αρτηριακή υπέρταση  \_\_\_\_\_ Σακχαρώδη Διαβήτη  \_\_\_\_\_  
Εγκεφαλικό  \_\_\_\_\_ Επιληψία  \_\_\_\_\_  
Κακοήθεια (καρκίνο)  \_\_\_\_\_ Αιμορραγική διαταραχή  \_\_\_\_\_

### 4. Σημειώστε ναι ή όχι ανάλογα με τις συνήθειές σας

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Καπνίζετε; Αν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως; \_\_\_\_\_ Πόσα χρόνια; \_\_\_\_\_

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Πίνετε αλκοόλ; Αν ναι, τι ποτό; \_\_\_\_\_ Πόσα ποτήρια; \_\_\_\_\_

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Πίνετε καφέ; Αν ναι, πόσα ποτήρια; \_\_\_\_\_

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Γυμνάζεστε; Αν ναι, με ποιόν τρόπο; \_\_\_\_\_

### 5. Ποιες άλλες ειδικότητες ιατρών σας παρακολουθούν και για ποιόν λόγο;

α) \_\_\_\_\_ δ) \_\_\_\_\_

β) \_\_\_\_\_ ε) \_\_\_\_\_

γ) \_\_\_\_\_ στ) \_\_\_\_\_