問 診 票

ご記入後、保険証とお薬手帳・紹介状等を添えて受付窓口にご提出ください

記入日	令和　　年　　月　　日				診察券番号	
ふりがな			性 別	年 齢	生 年 月 日	
氏名			男 ・ 女	才	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日	
住所	〒	-				
身長	cm	体重	kg	体温	℃	

①どのような症状で受診されましたか？　（当てはまるものに**すべて**〇をつけてください）

おしっこの出が悪い
おしっこが赤い
おしっこする時に痛みがある
おしっこをためている時に痛みがある
おしっこが近い　昼　　回 夜　　回
おしっこの後も残った感じがする
おしっこの漏れがある

痛いところがある　（背中　下腹部　睾丸）
前立腺がんの心配がある
健診で尿潜血を指摘された

他の医療機関より紹介された

その他　お困りの症状などありましたらご記入ください
（　　）

②その症状はいつ頃からですか？
（　　）

③現在、他院で治療中の病気はありますか？

高血圧　糖尿病　腎臓病　肝臓病　結核　喘息　緑内障
ペースメーカー　心臓病
その他
（　　）

④今までにお薬や食べ物で、アレルギー症状が出たり、具合が悪くなったことがありますか？
ある
（　　）
ない

⑤喫煙歴はありますか？
ある
（　本×　年 ）
ない

⑥大きな手術をうけたことがありますか？
ある
（　　）
ない

⑦ご家族に、がん治療をうけた方がいらっしゃいますか？
いる
（　　）
いない

⑧現在妊娠している、もしくはその可能性はありますか？
はい
いいえ

⑨来院のきっかけを教えてください。

・ご家族・知人の紹介　・看板をみて　・インターネットで調べて・他院からの紹介　・家の近くだから

ありがとうございました