

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	
住所	〒	-				年	月
電話番号				携帯番号			
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○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

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？
(

痛いところがある
(背中 下腹部 辜丸) (右 左)
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

③現在、他院で治療中の病気はありますか？

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

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 大きな手術を受けたことがありますか？
ある () ない

⑦ 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

⑧ 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 家の近くだから
インターネットで調べて 他院からの紹介

ありがとうございました。