

記入日: 令和 年 月 日

問診票

No. _____

お薬手帳・紹介状等ございましたらご一緒に受付へお持ちください

フリガナ		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	〒 -	自宅 電話番号		携帯電話
身長	cm	体重	kg	体温 °C

① どのような症状で受診されましたか？
当てはまる症状すべてに○を付けてください

- いつから()
- おしっこの出が悪い
 - おしっこが赤い
 - おしっこをする時に痛みがある (出始 途中 終末)
 - おしっこを溜めている時に痛みがある
 - おしっこが近い 昼____回/就寝後____回
 - おしっこの後も残っている感じがする
 - おしっこの漏れがある
 - 痛いところがある
(腰・背中 下腹部) (右 中 左)
(陰茎 睾丸) (右 左)
 - 前立腺がんの心配がある
 - 検診で尿潜血を指摘された
 - 性感染症が心配
 - ED が心配
 - 他の医療機関から紹介された
 - ・紹介状(あり なし)
 - ・医療機関名()
 - その他()

④ お薬・食べ物にアレルギーはありますか？
あり()
なし

⑤ 喫煙歴はありますか？
あり(1日____本 ×____年)
なし
喫煙していたがやめた

⑥ 大きな手術を受けたことがありますか？
あり()
なし

⑦ *女性の方のみお答えください*

- ・現在、妊娠していますか？
はい いいえ 可能性あり 授乳中
- ・現在、生理中ですか？
はい いいえ

◎最後に、ご来院のきっかけを教えてください

② 現在、他院で治療中の病気はありますか？

ご家族・知人の紹介 看板を見て 近所だから

- 高血圧 結核 心臓病
- 糖尿病 喘息 パースメーカーあり/なし
- 腎臓病 緑内障
- 肝臓病 その他()

インターネットで見ても 他院からの紹介

*服用中のお薬 あり/なし

ご回答ありがとうございました