

記入日：令和 年 月 日

# 問診票

NO. \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	年齢	生年月日	
氏名		男		大正 昭和 平成 令和	
		女	才	年	月 日
住所	〒 ー	携帯電話番号		自宅電話番号	
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？

当てはまる症状にレ点をつけてください

- 尿の出が悪い・勢いが無い
- 血尿が出る
- 尿がもれる
- 排尿時に痛みがある(出始 途中 終末 )
- 尿を溜めている時に痛みがある
- 尿が近い 昼 回/就寝後 回
- 排尿後も残っている感じがする
- 睾丸が腫れている・痛みがある( 右 左 )
- 下腹部が痛い (右 中 左)
- 腰・背中痛がある (右 中 左)
- 前立腺がんの心配がある
- 健診で前立腺がんの数値を指摘された
- 健診で尿潜血を指摘された
- 性感染症が心配
- 尿道から膿(うみ)のような物が出る
- パートナーが性感染症である( )
- 皮膚症状がある(赤み 痛み かゆみ 出来物)  
(陰茎 睾丸) (右 左)
- ED(勃起障害)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( )

※現在服用中のお薬 あり / なし

②その症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_

③現在治療中の病気はありますか？

- 高血圧 結核 心臓病 糖尿病 喘息
- 腎臓病 肝臓病 脳梗塞 緑内障
- ペースメーカー あり / なし
- 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

当院は診療情報取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用をお願いいたします。

ご回答ありがとうございました