

ID()

問診票

フリガナ		性別
お名前		男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日
ご住所	〒	
電話番号		

◆今日はどうされましたか？(複数選択可)

- ()尿の回数が多い 昼間__回 夜間__回 ()尿が漏れる パット使用 (有 ・ 無)
 ()排尿時に痛みがある ()残尿感がある ()尿が出にくい ()時間がかかる ()勢いが弱い
 ()尿に血が混じる
 ()痛みがある 左/右 (わき腹 ・ 下腹部 ・ 腰 ・ 背中 ・ その他)
 ()睾丸 左/右 (腫れている ・ 水が溜まっている) ()ペニス (膿がでる ・ 包茎)
 ()おねしょ ()勃起障害 男性不妊の相談 ()なんとなく元気がない ()更年期症状
 ()症状はないが、健診で異常があった PSA(前立腺) 尿検査 血液検査 超音波(エコー)検査
 その他 _____
 ()他院から紹介状をもらってきた 病院名 _____
 ()その他 具体的にお願いします _____

◆いつ頃から症状がありますか？ ()

◆今回と同じ症状で他の病院を受診されましたか？ はい・いいえ

はいの方は いつ _____ 病院名 _____

◆現在飲んでいる薬(サプリメント含む)はありますか？ 手帳をお持ちの方はお出してください

◆現在、通院中の医療機関はありますか？ (有 ・ 無) 病院名 _____
疾患名 _____

◆今までに大きな病気をしたことがありますか？手術を受けたことはありますか？

◆アレルギーはありますか？

なし ・ あり 薬物 (_____) 食物 (_____)

◆お煙草は吸われますか？ はい・いいえ (1日 _____ 本 _____ 歳から)

◆お酒は飲めますか？ はい・いいえ (1日に _____ くらい、週 _____ 日)

★女性のみ 現在(月経中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中) 該当なし

■ 当院をどのように知りましたか？

インターネット・チラシ・電柱広告・看板・紹介(家族・知人・他医院)・通りがかり・その他()

記入日 _____年 _____月 _____日

浅草泌尿器科クリニック