

問 診 票

以下のご質問にご記入いただき ご来院時にお持ち下さい。

| | | | |
|------|---|---|-----|
| ご記入日 | 年 | 月 | 日記入 |
|------|---|---|-----|

| | | | |
|------|--|-----|-----|
| フリガナ | | 性 別 | 職 業 |
| お名前 | | 男・女 | |

| | | | | | |
|------|----------------------------|---|---|---|---|
| 生年月日 | 1. 明治 3. 昭和 2. 大正 4. 平成 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
|------|----------------------------|---|---|---|---|

| | |
|-----|---|
| 現住所 | 〒 |
|-----|---|

| | | |
|------|----------------|-------|
| ご連絡先 | 1. 自宅 2. 携帯 | 緊急連絡先 |
|------|----------------|-------|

クリニックからご連絡する際の連絡先 自宅 ・ 緊急連絡先 ・ その他 ()

※その場合、クリニック名を名乗ってもよろしいですか? はい ・ いいえ

※ご本人様が不在の場合、ご家族様に用件をお伝えしてもよろしいですか? はい ・ いいえ

紹介状をお持ちですか? はい ・ いいえ

ここから先は、現在の症状などをお伺いいたしますので、ご自分で大切だと思われるところを、おわかりになる範囲でご記入下さい。診療時には主治医が再度詳しくお話を伺います。

1. 本日はどのような症状で来院されましたか? 当てはまる症状をチェックして下さい。

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 | <input type="checkbox"/> 尿もれ |
| <input type="checkbox"/> 熱が出る | <input type="checkbox"/> 血 尿 | <input type="checkbox"/> 陰部が腫れている | |
| <input type="checkbox"/> ED (勃起障害) | <input type="checkbox"/> 性病検査 | <input type="checkbox"/> 検診で検査を勧められた | |

その他 ()

いつ頃から ()

2. そのために今までどこかで診察を受けましたか？

受けない 受けた (年 月 日)
病院名 () 診断名 ()
治療内容 ()

3. 今までに次の病気にかかったことがありますか？ 当てはまるものをチェックして下さい。

胃腸潰瘍 糖尿病 高血圧 狭心症 喘息
その他 ()

4. 現在 治療している病気、飲んでいる薬はありますか？

な い あ る
飲んでいる薬 ()

| | |
|-----------------------------|----------|
| 抗凝固剤（血液をサラサラにする薬）は使用していますか？ | はい ・ いいえ |
| お薬手帳はお持ちですか？ | はい ・ いいえ |

5. 今までにアレルギー症状を起こしたことがありますか？

な い あ る 薬 ()
食べ物 ()
その他 ()

6. タバコ お酒はお飲みになりますか？

タバコ 吸わない 吸 う (歳より 1日 本)
 やめた
お 酒 飲まない 飲 む (1日)

5. 女性の方にお伺いたします

妊娠の可能性 な い あ る
授乳中 は い いいえ

ご協力ありがとうございました