

問診票

カルテ番号 _____

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 性別 男・女

住所 〒 _____

電話番号 _____ - _____ - _____ 携帯電話 _____ - _____ - _____

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 今日はどうされましたか？
頻尿、排尿時痛、尿が出にくい、血尿、残尿感、尿が漏れる、
発熱、風邪、腰痛、腹痛、下痢、男性不妊、ED、うす毛、男性更年期
その他 (_____)
- ・ いつからですか？ (_____)
- ・ 薬物や食べ物のアレルギーはありますか？
(薬物： _____ 食べ物； _____)
- ・ 現在かかりつけの病院（診療科）、診療所はありますか？
いいえ はい (_____)
- ・ お薬手帳はお持ちですか？
いいえ はい 家にある
- ・ 現在または過去にかかった病気はありますか？あれば○をつけてください。
糖尿病、高血圧、心疾患、喘息、緑内障、腎臓病、尿路結石、
がん (_____)、前立腺肥大症、脳卒中、交通事故等の外傷
その他 (_____)
- ・ 血液をさらさらにする薬を飲んでいませんか？
いいえ はい (_____)
- ・ 喫煙について (吸わない・ _____ 歳で禁煙・喫煙中) →1日 _____ 本× _____ 年間
- ・ 飲酒について (飲まない・ _____ 日に _____ 回・毎日飲む) →種類 _____ /量
- ・ 耳は聞こえにくいですか？ いいえ はい
- ・ 現在、妊娠中ですか？ いいえ はい
- ・ 現在、授乳中ですか？ いいえ はい
- ・ 当院を知ったきっかけは？
インターネット・チラシ・他院の紹介 (_____)
知人の紹介・その他 (_____)