

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏 名	_____	生年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____	電 話	自宅： 携帯：
家族構成 (一緒にお住まいの方) に○印を付けるか、ご記入下さい。		職業	病状について相談できる方
一人暮らし・夫・妻・父・母・嫁・婿・祖父・祖母・兄弟 (人) 子供 (人)・孫 (人)・その他 (人)			

☆今日はどうのような症状で来院されましたか？ 該当する箇所○印をつけてください。

- 尿を出す【始め・最中・終わり】時に痛い。
- 尿が出にくい。
- 尿が残る感じがする。
- 尿の回数が多い。【起きている間の回数は____回、眠ってからの回数は____回】
- 尿が漏れる。それはどのような時ですか？【くしゃみ、せきをした時・その他 ()】
- 尿に血が混じる。
- 結石があると言われた。その部位は【右・左】の【腎臓・尿管・膀胱・その他 ()】
- 痛みがある。その部位は【右・左】の【腰部・背中・腹部・その他 ()】
- 陰のう (ふくろ) が【腫れている・痛い】。その部位は【右・左】
- 陰茎 (おちんちん) が【腫れている・痛い】。
- 検診で【PSA・尿潜血・尿蛋白・その他 ()】指摘された。
- 熱がある。
- 性病の可能性がある。あるいは性病検査の相談。
- ED (勃起障害) の可能性がある。(※自費扱いになります。)
- 精液検査。あるいは男性不妊の相談。(※自費扱いになります。)
- その他相談したいことがある。【 ()】

☆症状が出たのはいつ頃からですか？

() 時間前 () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

☆今まであるいは現在、治療中の病気はありますか？「はい」の方は該当する箇所○印をつけてください。

いいえ はい【高血圧・糖尿病・癌・喘息・緑内障・脳梗塞・脳出血・腎臓・肝臓・胃腸・その他 ()】

☆薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい【薬品名： _____】【食べ物： _____】【その他： _____】

☆今までに、大きな病気になったことや、手術を受けたことはありますか？

いいえ はい【病名： _____】【いつ頃： _____】【どこで： _____】

☆現在何かお薬をお飲みですか？また、お薬手帳があれば受付までご提出お願いします。

なし あり【薬品名： _____】

☆アルコール・たばこについて教えてください。

お 酒：【飲まない・時々飲む・毎日飲む・やめた (約 _____ 年前に禁酒)】

たばこ：【吸わない・時々吸う・吸う・やめた (約 _____ 年前に禁煙)】

☆女性の方へ。現在、生理中ですか？ いいえ はい (月 日頃から)

いいえと答えた方へ。 妊娠の可能性が (ない・ある)・妊娠中・授乳中・閉経した (歳頃)

☆ご来院のきっかけを教えてください。

ネット・病院ナビ・ちらし・看板 (駅・電柱・野立)・口コミ・他病院からの紹介・通りがかり・その他 ()