

問 診 票

フリガナ 氏 名		生年 月 日	明治・大正 昭和・平成 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。 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)			相談出来る方はどなたですか？ ()

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

1. 尿を出す【始め・最中・終わり】時に痛い。
2. 尿が出にくい。
3. 尿が残る感じがする。
4. 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】
5. 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 ()】
6. 尿に血が混じる。
7. 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 ()】
8. 痛みがある。その部位は【右・左】の【腰部・背中・腹部・その他 ()】
9. 陰のう (ふくろ) が【腫れている・痛い】。その部位は【右・左】
10. 陰茎 (おちんちん) が【腫れている・痛い】。
11. 検診で【PSA・尿潜血・尿蛋白・その他 ()】指摘された。
12. 熱がある。
13. 性病の可能性がある。あるいは性病検査の相談。
14. ED (勃起障害) の可能性がある。(※自費扱いになります。)
15. 精液検査。あるいは男性不妊の相談。(※自費扱いになります。)
16. 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に○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・回覧板・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 ()