問診票

受診日　　年　　月　　日

ふりがな			
氏名			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）　□ 男 □ 女　　□既婚 □未婚		
住所	〒　－		
電話番号	（　　）	携帯電話	（　　）

① 今日はどうされましたか？

□尿が出にくい　□残尿感がある　□尿の勢いが弱い
□尿が近い　□尿が漏れる　□尿がにごる
□尿を出すときに痛い　□尿が赤い　□発熱（　　℃）
□背中・わき腹が痛い　□下腹部が痛い
□男性不妊症　□更年期障害　□ED（勃起不全）
□生活習慣病（高血圧・脂質異常症・糖尿病）
□その他（　　）

② それはいつからですか？
（　　）

③ 薬物や食べ物のアレルギーはありますか？
（薬物：　　食べ物：　　）

④ 現在かかりつけの病院（診療科）はありますか？　□いいえ　□はい
（　　）

⑤ 現在ご使用中のお薬があればご記入ください。もしくはお薬手帳などをご提出ください。
（　　）

⑥ 現在または過去にかかった病気はありますか？あれば〇をつけてください。
糖尿病、高血圧、心疾患、喘息、緑内障、腎臓病、尿路結石、脳卒中、がん（　　）
その他（　　）

⑦ 現在、喫煙されていますか？ もしくは過去に喫煙されていましたか？
吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている　（　　）歳から（　　）歳まで、1 日あたり（　　）本

⑧ お酒は飲みますか？
飲まない・飲む　（種類：　　量：　　頻度：　　）

⑨ 現在、妊娠中ですか？　□いいえ　□はい

⑩ 現在、授乳中ですか？　□いいえ　□はい

⑪ 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（　　）・その他（　　）

〜〜 ご記入ありがとうございました 〜〜