

問 診 票

カルテ番号

受診日 年 月 日

〒 -

住 所

ふりがな

氏 名

性別 男 ・ 女

日中つながりやすい電話番号

①

- -

②

- -

生年月日 T · S · H · R 年 月 日

- 1) 本日も希望の診療科 泌尿器科 内科
- 2) どのような症状ですか？
頻尿、排尿痛、尿が出にくい、血尿、残尿感、尿が漏れる、おねしょ
発熱(°C)、かぜ、腰痛、腹痛、男性不妊、勃起障害、男性更年期障害
健診結果異常(尿潜血 ・ 尿たんぱく ・ 血液検査 ・ 他)
その他()
- 3) 上記の症状はいつからありましたか？ ()
- 4) 現在かかりつけの病院(診療科)、診療所があれば、ご記入ください。
- 5) 現在ご使用中のお薬(目薬、湿布、塗り薬、吸入薬等も含む)があれば、ご記入ください。
記入がむずかしければ、お薬手帳や処方内容が分かるものをつけて下さい。
- 6) 現在または今までかかった病気がありますか？あれば○をして下さい。
糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓疾患、喘息、緑内障、腎臓病、肝臓病
がん腫瘍関連()、胃潰瘍、前立腺肥大症、脳卒中、交通事故などの外傷
その他()
- 7) 喫煙について (吸わない ・ 歳で禁煙 ・ 喫煙中⇒ 1日 本、 年間)
- 8) 飲酒について (飲まない ・ 日に1回 ・ 毎日飲む⇒ 種類 / 量)
- 9) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
(いいえ ・ はい⇒具体的に:)
- 10) 耳は聞こえにくいですか？ いいえ ・ はい
- 11) 現在 妊娠中ですか？ いいえ ・ はい(予定日 年 月 日) ・ 不明
- 12) 現在 授乳中ですか？ いいえ ・ はい
- 13) 当院をお知りになったきっかけは？
 看板 ・ インターネット ・ チラシ ・ 他院の紹介()
 知人の紹介 ・ その他()