

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

電話番号

携帯電話

生年月日 T・S・H 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
発熱、かぜ、腰痛、男性不妊、ED、おねしょ
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) 現在飲んでいるお薬があれば、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、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()