

# 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) 本日もご希望の診療科 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( \_\_\_\_\_ )