

問 診 票

※ 以下の項目は診療に必要です。記載された内容を無断で第三者に提供することはありません。

フリガナ	男 ・ 女	体重	Kg			
お名前		身長	cm			
住所	自宅電話					
	携帯電話					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢	歳

下記の質問にご記入をお願いします。回答できない場合は省略して構いません。
診察の前に尿の検査がありますので、排尿しないでお待ち下さい。

1、どんな症状がありますか？(○をつけてください。)

- ・尿の回数が多い(昼 回、夜寝てから 回) ・尿がもれる
- ・尿が出にくい ・尿が出ない ・排尿時に痛み ・残尿感 ・発熱(度)
- ・痛み(腹部 腰部 背部 その他) ・血尿(血の混じった尿)
- ・検診、人間ドッグで異常あり()
- ・性病検査 ・膿が出る ・陰部にできもの ・おりものの異常 ・喉が痛い
- ・勃起障害 ・不妊相談 ・包茎 ・パイプカット
- ・その他()

2、その症状はいつ頃からありますか？

年 月頃から

3、症状は変化していますか？

変わらない ひどくなっている(年 月頃から)

5、今までかかった病気はありますか？

ない

ある: 糖尿病 高血圧 喘息 結核 心臓病 腎臓病 腫瘍 癌()
その他()

6、現在服用している薬はありますか？

ない

ある:薬の名前()

7、薬、食物のアレルギーはありますか？

ない

ある()

8、今までに受けた手術はありますか？

ない

ある(年 月頃) の手術

9、当クリニックをどこで知りましたか？

- ・インターネット ・知人紹介 ・病院紹介() ・バス広告 ・看板
- ・電話帳 ・雑誌 ・その他()