

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 | 性別 男・女 | 身長： | cm |
| お名前 | | 体重： | kg |
| 住所 | 自宅電話 | | |
| | 携帯電話 | | |
| 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 日 (歳) |

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
- ・残尿感
- ・血尿
- ・尿が出にくい
- ・尿が出ない
- ・排尿時の痛み
- ・発熱（ 度）
- ・痛み（腹部 腰部 背部 その他）
- ・異和感
- ・腫れている
- ・健診 人間ドックで異常あり（ ）
- ・性病検査
- ・膿が出る
- ・陰部にできもの
- ・ヒリヒリする
- ・おりものの異常
- ・のどが痛い
- ・勃起障害
- ・不妊相談
- ・おねしょ
- ・パイプカット
- ・その他（ ）

2. 症状はいつ頃からありますか？

3. 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（小児喘息も） 心臓病 腎臓病 橋本病
癌（ ） その他（ ）

4. 現在服用している薬はありますか？

ない

ある：薬の名前（ ）

5. 薬、食物のアレルギーはありますか？

ない

ある：（ ）

6. 今まで受けた手術はありますか？

ない

ある： の手術（ 年 月頃）

7. 当クリニックはどこで知りましたか？

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