

# 問診票

※ 尿検査をする場合がありますので、排尿せずお待ちください。(トイレに行きたい場合はスタッフまでお知らせください)

フリガナ				性別	男・女	
お名前						
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	年齢	才
フリガナ						
住所	(〒 - )					
電話番号	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-

いつごろから	( ) 頃前から					
本日はどのような症状で来院されましたか？ 部位や症状に○を付けてください	《 部位 》 腰・背中・脇腹・陰部・こうがん・陰茎(ペニス)の表面 / 内部<尿道> その他( ) ⇒ 上記の部位症状 痛み・かゆみ・腫れ・できもの・その他( ) 《 症状 》 尿が近い・尿がもれる・尿に血が混じる・尿の勢いが弱い・排尿痛 男性機能低下・精液に血が混じる・包茎・男性更年期障害・不妊治療・子宮脱 性感染症検査 検診で指摘 ※具体的に( ) 発熱・のどの痛み・咳・痰・吐き気・下痢・不眠・気分の落ち込み その他( )					
現在治療中の病気はありますか？	高血圧・高脂血症・高尿酸血症・糖尿病・腎臓病・脳梗塞・脳出血・心疾患 白内障・緑内障・前立腺肥大・がん その他( )					
現在、飲んでいる薬を教えてください	なし あり( ) ※ お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒に受付にお渡しください					
薬・食べ物のアレルギーはありますか？	なし あり ※ 具体的に( )					
今までにかかった大きな病気を教えてください	なし あり( )					
喫煙について	吸っていない。 以前吸っていた。 吸っている。 1日( )本を ( )年					
女性の方にお伺いします	妊娠(の可能性) なし あり 授乳中 はい いいえ					
★ 本日の最終排尿時間を教えてください。 おおよそ 時 分 頃						

当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 家族・知人・職場の紹介 他医療機関の紹介(病院名)