



問診票 (泌尿器)

記入日：西暦20 年 月 日

身長： cm、 体重 kg、 今日の体温 °C、 ご職業

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢・性別	歳	男性 / 女性		
ご住所	〒					
お電話番号	自宅：		携帯：			

ご希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する□に☑をご記入ください。

本日はどのようなことでご来院されましたか？ 特に希望されることがあればお書きください。症状 あり→いつからですか〔 〕 なし

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頻尿 | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い | <input type="checkbox"/> 尿がもれる |
| <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> 排尿時痛がある | <input type="checkbox"/> 下腹部痛がある |
| <input type="checkbox"/> 睾丸痛がある | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 検診で異常が指摘 |
| <input type="checkbox"/> 尿道から膿がでる | <input type="checkbox"/> 股から何かが出てきている | <input type="checkbox"/> 勃起力の低下 |
| <input type="checkbox"/> その他(ご記入ください) | | |

これまでにかかったご病気はありますか？ 手術したことはありますか？

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 (歳) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (歳) | <input type="checkbox"/> 喘息 (歳) |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 (歳) | <input type="checkbox"/> 心疾患 (歳) | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 (歳) |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (歳) | <input type="checkbox"/> 腎不全 (歳) | <input type="checkbox"/> 精神疾患 (歳) |

その他

現在内服・外用しているお薬は？ (お薬手帳を受付へ提出して下さい)アレルギー 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎

薬・食物アレルギー〔 〕

喫煙 あり なし やめた () 本/日 () 歳まで飲酒 あり なし 週 () 日 種類・量 ()**女性の方：現在、妊娠されている可能性はありますか？** あり なし

ご職業 () 当てはまる項目があれば○をつけてください

デスクワーク中心・身体を動かすことが多い・夜間勤務あり・高所作業あり

ご来院いただいたきっかけ 1.クリニック外観 2.電柱広告 3.ホームページgoogle 4.医療情報サイト(Caloo, 病院ナビ, 東京ドクターズ, EPARK, ドクターズファイル) 5.知人のご紹介 6.医療機関の紹介(病院：) 7.その他 ()ご来院の交通手段は？ 1.徒歩 2.自転車 3.バイク 4.自動車 5.電車 6.バス 7.タクシー

【自由記入欄】