

# 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな						性別		
お名前						男・女		
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	歳
ご住所	(〒 - - - )							
電話番号	( ) - - -		携帯番号	( ) - - -				

1. 当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ 看板 近所・通りがかり 家族・知人からの紹介 (お名前: )  
他院からの紹介 (病院名: ) その他 ( )

2. 今日はどのような症状で来院されましたか？該当するものに□やカッコ内に部位をお書き下さい。

- |                                                     |                                 |                                                                  |                             |                               |                                |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱                         | <input type="checkbox"/> 痰ができる  | <input type="checkbox"/> 関節の痛み                                   | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 吐き気  | <input type="checkbox"/> 体がだるい |
| <input type="checkbox"/> 鼻水                         | <input type="checkbox"/> 喉の痛み   | <input type="checkbox"/> 腹痛                                      | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> めまい  |                                |
| <input type="checkbox"/> 咳                          | <input type="checkbox"/> 頭痛     | <input type="checkbox"/> 腰痛                                      | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> ふらつく |                                |
| <input type="checkbox"/> できもの( )                    | <input type="checkbox"/> 腫れ( )  |                                                                  |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> しづれ( )                     | <input type="checkbox"/> かゆみ( ) |                                                                  |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい                     |                                 | <input type="checkbox"/> 尿漏れ                                     |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 尿の勢いがない                    |                                 | (咳やくしゃみで・我慢できず・排尿後)                                              |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 尿の切れが悪い                    |                                 | <input type="checkbox"/> 夜尿症                                     |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い<br>(日中のみ・夜のみ・昼も夜も) |                                 | <input type="checkbox"/> 包茎                                      |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある                  |                                 | <input type="checkbox"/> 不妊                                      |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 残尿感がある                     |                                 | <input type="checkbox"/> 勃起不全                                    |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 尿がにごる                      |                                 | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる                                |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 尿道から分泌物(膿など)が出る            |                                 | <input type="checkbox"/> 性感染症が心配                                 |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 血尿                         |                                 | <input type="checkbox"/> 検査で異常と指摘された<br>(尿潜血・タンパク尿・PSA高値・結石・その他) |                             |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 上記以外の症状<br>( )             |                                 |                                                                  |                             |                               |                                |

3. 症状が出たのはいつ頃からですか？

今日 昨日 2~3日前 1週間前 それ以上( )

4. 現在、治療中の病気がありますか？( ある ない )

高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 狹心症 心筋梗塞 腎臓病 肝臓病 胃潰瘍 喘息  
がん 脳梗塞 不整脈 緑内障 関節リウマチ その他( )

5. 現在、服用されているお薬はありますか？( ある ない )

薬剤名:

6. 本日、お薬手帳はお持ちですか？※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

今持っている 家にある 作っていない

7. これまでに大きな病気や手術はされましたか？( ある ない )

いつ( ) 内容( )

8. 薬や食べ物等のアレルギーはありますか？( ある ない )

内容:

9. タバコ・飲酒について

タバコ: 吸わない 吸う ( 本／日)

飲酒: 飲まない 飲む ( 毎日 時々 週 日くらい / 1回量: )

10. 女性の方にお伺いします。該当するものに○をつけて下さい。

月経中 妊娠の可能性 ( ある ない ). 妊娠中 授乳中

ご記入ありがとうございました。