

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"/> しびれ() | <input type="checkbox"/> かゆみ() | | | | |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿漏れ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い | (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 | <input type="checkbox"/> 包茎 | | | | |
| (日中のみ・夜のみ・昼も夜も) | <input type="checkbox"/> 不妊 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある | <input type="checkbox"/> 勃起不全 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる | | | | |
| <input type="checkbox"/> 尿がにごる | <input type="checkbox"/> 性感染症が心配 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 尿道から分泌物(膿など)が出る | <input type="checkbox"/> 検査で異常と指摘された | | | | |
| <input type="checkbox"/> 血尿 | (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 | () | | | | |

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 狭心症 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。