

# 問 診 票

診察券番号:

フリガナ		職 業	
氏 名		性 別	
生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日	歳 月
フリガナ			
住 所	〒		
電 話 番 号	自宅:	携帯:	

1. 本日は、どうなさいましたか？(○で囲んで下さい)

尿が赤い ・ 尿の回数が多い ・ 尿がでにくい ・ 尿を出す時痛い ・ 尿が漏れる  
尿がトイレまで間に合わない

おねしょ ・ 健診で異常があった( PSA ・ 尿検査 ・ その他: )

勃起障害 ・ 睾丸が腫れている ・ 不妊の相談

痛みがある 右 ・ 左 (わき腹 ・ 下腹部 ・ 腰 ・ 背中 ・ 睾丸 ・ その他:部位 )

その他 ( )

2. いつから症状がありますか？ ( )

3. 今回と同じ症状で他の病院を受診されましたか？ はい ・ いいえ

はい の方は いつ( ) 病院名( )

4. ご本人について

喘息 ・ 心疾患 ・ 肝疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 緑内障

その他 ( ) ・ 特になし

① 現在服役中のお薬はございますか？

( ) ・ なし

※お薬手帳をお持ちの方は、受付スタッフにお渡してください。

② 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

あり ( ) ・ なし

③ 女性のみ 現在 ( 生理中 ・ 妊娠中 ・ 授乳中 )

5. 当院をお知りになられたきっかけを教えてください(○で囲んでください。複数可)

タウンページ ・ ホームページ ・ 友人、知人(氏名 )に聞いて

家族から聞いて ・ 他の医療機関からの紹介 ・ 近所だから ・ 通りがかりで看板を見て

その他 ( )