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 カ月		
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 現在服薬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 （ ）

まつばらクリニック泌尿器科