

問 診 票

ID:

ふりがな	生年月日 T・S・H	年	月	日
お名前	年	齡	歳	
ご住所 〒				
TEL 1		TEL 2		

1. 本日はどのような症状で来院されましたか

- 血尿 排尿時痛 残尿感（排尿後すっきりしない）
 尿が出ない 尿が出にくい 尿が近い 尿失禁
 がんが気になる 尿路結石が気になる 性器が気になる 性感染症が気になる
 健康診断や人間ドックで検査をすすめられた ED（勃起障害）が気になる（ 処方の希望）
 その他（.....）

2. 症状はいつからですか

（.....）

3. 今までにかかったことのある病気がありますか

- ない ある
 糖尿病 高血圧 心臓病（不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全）
 肝臓病（肝炎・肝硬変） 腎臓病 喘息 緑内障 がん
 その他（.....）

4. 今までに手術を受けたことがありますか

- ない ある（病名：..... 手術を受けた時期：.....）

5. 薬（点滴・注射薬・局所麻酔薬・消毒薬・内服薬など）でアレルギーはありますか

- ない ある（薬名：..... 症状：.....）

6. 食べ物でアレルギーはありますか

- ない ある（.....）

7. 上記以外のアレルギーはありますか

- ない ある（.....）

8. 現在治療中の病気、服薬中の薬はありますか

- ない ある

9. 嗜好品について

- ・お 酒： 飲まない 飲む（1日量..... ml）
 ・タバコ： 吸わない 吸う（1日量..... 本）

10. 女性の方へ

- ・妊娠してますか いいえ はい（第.....週） 不明
 ・授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。受付へお持ちください。



みたか南口
泌尿器科クリニック