

問診票

記入日 20 年 月 日

問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。ご記入の際、不明な点は空白のまま結構です。また、自費診療であっても、後日保険証の確認が必要となることがありますので、コピーをとらせていただいております。個人情報に関しては院内掲示の通り注意しております。ご協力をお願いします。

当院を初めて受診される方は下記の質問にお答えの上、受付へご提出ください。

ふりがな	身長 cm、体重 kg	職業
氏名	性別 大正・昭和・平成・令和	
	男・女	年 月 日生 (歳)
住所 〒		
電話番号		

- 1 どのような症状がありますか？該当があれば○をつけていただくか、ご記入ください。
 ・残尿感がある ・尿の回数が多い（昼間、夜間） ・尿の勢いが悪い ・尿が漏れる
 ・排尿時痛がある ・尿に血が混ざる ・お腹が痛い ・背中が痛い
 ・精液に血が混ざる ・性感染症が心配 ・ED（勃起不全）の相談
 ・風邪気味 ・胃腸の調子が悪い ・血圧が高い ・脂質異常症（高脂血症）
 その他（ ）
- 2 いつから症状がありますか？（ ）
- 3 現在、治療中の病気がありますか？
 ない ・ ある（ ）
- 4 現在、飲んでいる薬はありますか？
 ない ・ ある（ ）
- 5 過去または現在まで当てはまるものがあれば選んでいただくか、御記入をお願いします。
 ぜんそく、高血圧、糖尿病、高脂血症、脳梗塞、心臓病、肝炎、腎臓病、
 緑内障、前立腺肥大症、結核、癌、その他（ ）
- 6 近親者（血のつながった方）で次の病気に罹ったと聞いたことがありますか？
 糖尿病、高血圧症、高脂血症、肝炎、腎臓病、癌、その他（ ）
- 7 いままでに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
 ない ・ ある（ ）
- 8 嗜好品についてお伺いします
 たばこ（吸わない・1日 本を 年間） 酒（飲まない・1日量 ）
- 9 女性の方のみお答えください。妊娠中または妊娠の可能性がありますか？（はい・いいえ）
- 10 当院をどのようにして知りましたか？
 ・近所 ・知人や家族からの紹介 ・他医療機関からの紹介 ・たまたま通った
 ・立て看板 ・インターネット ・新聞折り込み ・バスのアナウンス
 ・その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

こんどう泌尿器科・内科クリニック