

# 問 診 票

記入日：平成 年 月 日

かな  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## 1. 本日はどのような症状で来院されましたか？あてはまるものに○印をつけてください

- ① 定期受診（尿路結石・前立腺疾患・過活動膀胱・その他）  
② 頻尿                      ③ 血尿                      ④ 残尿感                      ⑤ 排尿時の痛み  
⑥ 尿の勢いが弱い      ⑦ 尿道から膿が出る      ⑧ 尿が漏れる（咳やくしゃみの時・その他）  
⑨ 体に痛みがある（下腹部・側腹部・ソケイ部・陰茎・その他）  
⑩ ED                      ⑪ その他（                      ）

## 2. 1で○をした症状はいつからありますか？

平成 年 月 日頃から

## 3. 今までにかかった病気に○をつけてください

- ① 高血圧                      ② 糖尿病                      ③ 喘息                      ④ 緑内障  
⑤ 心臓病                      ⑥ 甲状腺疾患                      ⑦ 高脂血症  
⑧ その他（                      ）

## 4. 今までに受けたことのある手術を教えてください

年齢	手術の場所・内容	病院

## 5. 現在、服用中のお薬を教えてください（お薬手帳を持参の方は記入不要です）

・お薬手帳持参（あり・なし） ・お薬内容（                      ）

## 6. アレルギーはありますか？

・アレルギー（あり・なし）  
・アレルギーがあると答えた方は、内容を具体的に記入してください

	お薬名・食品名	アレルギーの症状
薬		
食品		

## 7. 女性の方にお聞きします 妊娠の可能性はありますか？

・妊娠の可能性（あり・なし）

## 8. 当院をどのように知りましたか？

- ① 家族や知人のすすめ                      ② 他の医療機関からの紹介                      ③ インターネット(HPを含む)  
④ 市民公開講座                      ⑤ 駅やバス停の案内                      ⑥ TV  
⑦ 広報誌(せせらぎ)                      ⑧ 自宅や職場から近い                      ⑨ その他（                      ）

☆ ご不明な点はスタッフまでお尋ねください。