

# 問 診 票

記入日： 年 月 日

かな  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## 1. お尋ねします。当院をどのように知りましたか？

- ① 家族や知人のすすめで                      ② 他の医療機関からの紹介  
③ インターネット(HP・Google MAP・YouTube・その他)                      ④ 以前、受診した事がある  
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 新聞折り込みチラシ                      ⑩ その他( )

## 2. 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( )

## 3. 2で○をした症状はいつからありますか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃から

## 4. 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( )

## 5. 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

## 6. 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( )

## 7. 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		

## 8. 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(ある・なし)

☆ ご不明な点はスタッフまでお尋ねください。