


問 診 票

ふりがな 氏 名 _____ 未婚・既婚 _____ °C _____

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 _____ 歳 男・女 _____

住 所  □□□□ - □□□□

電 話 () _____

① 今日どのような症状で来院されました？当てはまる症状を○で囲んでください（複数可）。

- 熱が出る 風邪っぽい 排尿時痛 残尿感 血尿 尿が近い 尿が漏れる 尿が出にくい
- 尿が出ない 尿の勢いが弱い 睾丸痛 睾丸が腫れている 腰痛 下腹部が痛いまたは気持ち悪い
- 性病検査 勃起障害（ED） 禁煙外来
- 検診で勧められた（ 血尿 尿蛋白 P S A 腎機能 高血圧 脂質 肝機能 糖代謝 ）
- その他 ()
- いつ頃から ()

② 上のことで今までとちらかで診察を受けましたか？

- 受けない 受けた (年 月 日頃)
- 病院またはクリニックの名前 ()
- 病名 ()
- 治療の内容 ()

③ 今までに下の病気にかかったことがありますか？あるものを○で囲んでください（複数可）。

- なし がん 気管支喘息 糖尿病 高血圧 高脂血症 脳卒中 心臓病 不整脈
- 胃腸の病気 肝臓の病気 結核 リウマチ 緑内障 甲状腺疾患 ()
- その他 ()

④ 現在治療中の病気、飲んでいるお薬はありますか？※お薬手帳をお持ちの方は、受付までお願いします。

- ない
- ある 病名 ()
- 飲んでいるお薬 ()

⑤ アレルギーは、ありますか？

- ない
- ある 薬 ()
- 食べ物 () その他 ()

⑥ タバコ・お酒は、飲みますか？

- お酒 飲まない 飲む
- タバコ 吸わない 吸う
- (1日 本) 喫煙歴 年

⑦ 女性の方に、お伺いします。

- 妊娠の可能性 なし あり
- 授乳中 いいえ はい

かみむらクリニック 泌尿器科・内科

