


# 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 今日はどう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（尿潜血  尿蛋白  PSA  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

