

診療をスムーズにするための問診票ですが、院長に直接お話ししたい方は未記入でも構いません。
 ここでいただく個人情報は、診療に関する目的以外に使用せず、適切に取り扱います。

初診日: 年 月 日

フリガナ		ご連絡先	-	-	(自宅・携帯)
氏名		生年月日	年	月	日 歳
フリガナ		診察券No.			
ご住所	〒 -				

① 本日はどのような症状で来院されましたか？ に を入れて下さい。

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血尿が出た | <input type="checkbox"/> 紹介された | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い (回/日くらい) | <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 腹痛、腰痛がある |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が少ない (回/日くらい) | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 検診で受診をすすめられた |
| <input type="checkbox"/> 排尿するときに痛む | <input type="checkbox"/> 性病が心配 | <input type="checkbox"/> 性功能が低下 |

その他

② その症状はいつ頃からありますか？

③ 現在、発熱していますか？ (体温計を貸し出しますので、お申し付け下さい。)

いいえ はい()℃

④ 現在治療中の病気がありますか？

- ない ある
- 高血圧 低血圧 糖尿病 心臓病 喘息 緑内障 不整脈

その他 (病名:)

(処方薬:)

お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。)

⑤ 過去に泌尿器科の病気にかかったことがありますか？

いいえ はい (病名:)

⑥ 薬物に対するアレルギーはありますか？

いいえ はい (薬剤名: 食品・その他:)

⑦ 当クリニックはどこでお知りになりましたか？

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 知人から聞いて | <input type="checkbox"/> 新聞広告 | <input type="checkbox"/> 区役所のTV 広告 |
| <input type="checkbox"/> ホームページ | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> 郵便局封筒広告 |
| <input type="checkbox"/> 他病院からの紹介(施設名:) | | |

※紹介状をお持ちの方は受付にお出し下さい。