

問診票

西暦 年 月 日

初診の患者さんは尿検査をすることがありますので、排尿をせずにお待ちください。

※トイレに行きたい場合は、スタッフまでお知らせください。

ふりがな

お名前

性別 男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日

年齢 歳

住所 〒

電話番号

1. どうされましたか？ 体温 (°C) 血圧 (/)

■いつからですか？ () 時間前、昨日、() 日前、それより前 ()

①尿が出にくい

⑦下腹部に嫌な感じがある

②尿が出るときに痛みがある

⑧側腹部、下腹部に痛みがある

③尿の回数が多い (朝 昼 夜)

⑨熱が出た (°C)

④尿が残った感じがする

⑩男性外来 (更年期、性功能)

⑤尿が漏れる

夜尿症 検査所見異常 他院からの紹介

⑥尿に血が混じる

()

2. 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

高血圧 高脂血症 糖尿病 高尿酸血症 狭心症/心筋梗塞 脳卒中 悪性腫瘍

手術歴 () その他 ()

→現在治療していますか？ している していない

3. 現在内服している処方薬、市販薬、サプリメントはありますか？ ある なし

お持ちの方は見せてください。

()

4. 薬や食べ物などアレルギーはありますか？ ある なし

(食物 薬 その他)

5. (女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

6. その他に希望される事や気になることなどあればお書きください。

()

当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください (複数回答でも構いません)

近所に在住 ホームページ 広告 パンフレット 知人の紹介 バスのアナウンス

他の医療機関から紹介 その他 ()

ご記入ありがとうございました。

せたがや泌尿器腎クリニック