

問診票

とりで腎・泌尿器科クリニック

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	
氏名			大・昭・平・令 年 月 日	
住所	〒 -			
電話番号				

1. 本日はどうなさいましたか？あてはまるものがあれば○をつけてください。

- ・熱（ °C） ・鼻水、鼻づまり ・咳、たん ・むくみ（部位： ）
・排尿時の痛み、かゆみ ・尿が出にくい ・尿の勢いが弱い ・尿が残った感じがある
・起きている間の尿の回数が多い・寝ている間の尿の回数が多い ・トイレに間に合わない
・尿に血が混じる ・精液に血が混じる ・腰の痛み、結石治療 ・睾丸の腫れ、痛み
・陰茎の痛み、腫れ ・性病の検査希望 ・外陰部のできもの ・ED の治療 ・AGA の治療
・おねしょの治療 ・検診で異常を指摘された（・血尿 ・尿潜血 ・前立腺癌検診）
・その他（ ）

2. 症状はいつ頃からありますか。

約 日前 ・ 週前 ・ か月前 ・ 年前

3. 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか。

なし ・ あり

4. 現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメントを含む）はありますか。

なし ・ あり（ ）

5. 喫煙、飲酒について教えて下さい。

喫煙： 吸わない ・吸う（ 本／日× 年間）

禁煙した（ 年前から、それまで喫煙（ 本／日× 年間））

飲酒：飲まない ・飲む（週 日） 種類・量（ ）

6. 特別な薬などに対するアレルギー・ショックなどがありますか。 なし ・ あり（ ）

7. これまでこの症状のために他の病院や医院で診察をうけたことがありますか。 なし ・ あり

8. 紹介状をお持ちですか。 なし ・ あり

9. 松井医師（我孫子東邦病院在職中）に受診された事がございますか。 なし ・ あり

10. 女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、又は授乳中ですか。

いいえ ・ はい（・妊娠中 ・妊娠の可能性あり ・授乳中）

11. 自費診療を希望されますか。 はい ・ いいえ

12. 当院をどちらでお知りになりましたか？

・インターネット ・看板 ・知人 ・通りがかり ・その他（ ）