

問診票

※あなたの診察の参考にします。お分かりになる範囲で結構ですので、下記のご記入をお願いします。

ふりがな		性別	男・女
お名前			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
年齢			才
ふりがな			
住所	(〒 -)		
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -

いつごろから	()頃前から
どんな症状が おありですか。 またどこの具合が 悪いのでしょうか。	<p>・今日はどうなさいましたか。また、どこの具合が悪いか下記から選んで○で囲んで下さい。</p> <p>腰 背中 脇腹 陰部 陰茎(ペニス) こうがん トイレに近い トイレが間に合わない 夜間たびたびトイレに起きる 尿がもれる 尿に血がまじる(血尿) 尿の勢いが弱い 排尿痛 尿の回数が多い 男性機能が低下 包茎 子宮脱 不妊 発熱 のどの痛み 咳 痰 鼻水 頭痛 吐き気 下痢 便秘 全身倦怠感 動悸 息切れ めまい ふらつき 不眠 気分の落ち込み</p> <p>その他 ()</p>
現在治療中の病気は ありますか。	<p>・当てはまるものを○で囲んでください。</p> <p>高血圧 糖尿病 腎臓病 脳梗塞 脳出血 心疾患 緑内障 前立腺肥大 がん その他 ()</p>
今飲んでいるお薬を 教えてください。	
薬・食べ物のアレルギー はありますか。	なし あり ※具体的に ()
今までにかかった大きな 病気を教えてください。	
身内に次のような病気の 方はいらっしゃいますか	がん 高脂血症 高血圧 糖尿病 その他 ()
喫煙について	吸っていない。 以前吸っていた。 吸っている。1日 ()本を ()年
飲酒について	飲んでいない。 以前飲んでいた。 飲んでいる。1日量 ()を週 ()日程度

○当院をどのようにお知りになりましたか。

ホームページ	ご家族、知人の紹介	折り込みチラシ	看板	他医療機関の紹介
その他 ()				