

問 診 票

カタカナ
氏名 様 男・女 未婚・既婚
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
〒 住所
電話番号
身長 cm 体重 kg

- 1 本日はどのような症状で来院されましたか？当てはまる症状を○で囲んで下さい。
 排尿時にしみる・痛む 尿が残った感じがする 尿が出にくい・勢いが弱い
 尿が近い（起きてから寝るまで 回 夜寝てから 回）
 尿が漏れる 尿に血が混じる 腰が痛い・重だるい（右・左） 睾丸が痛い
 睾丸が腫れている 性病が心配 精液に血が混じる ED（勃起障害）
 検診で検査を勧められた（その内容：）
 その他（）
- 2 いつ頃からそのような症状がでましたか？
 （）
- 3 泌尿器科は初めてですか？（他院を含めて） はい・いいえ
- 4 今までで大きな病気をしたり、手術を受けた事がありますか？ はい・いいえ
 はいの方は、病名・手術名を御記入ください。（）
- 5 現在、治療している病気、飲んでいる薬はありますか？ はい・いいえ
 はいの方は、病名、飲んでいる薬を御記入ください。
 病名（） 飲んでいる薬（）
- 6 アレルギー（食物・薬・アレルギーの病気）はありますか？ はい・いいえ
 はいの方は、病名・アレルギーの原因を御記入ください（）
- 7 女性の方にお伺いします。妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ
 現在授乳中ですか？ はい・いいえ
- 8 当院をどのようにして知りましたか？
 インターネット チラシ 他院からの紹介 その他（）

御記入して頂きました個人情報には診療行為以外の目的には一切使用しませんので、御安心ください。
 御協力ありがとうございました。 奥田泌尿器科 院長