

問 診 票

フリガナ	記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
氏名： _____	男 女	生年月日： $\begin{matrix} M & T \\ S & H \end{matrix}$ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才
住所： _____	〒	_____
電話番号： _____	身長： _____ cm	体重： _____ kg

1. お名前でも呼んでもかまいませんか？ はい いいえ

2. 今日はどうされましたか？

症状はいつ頃からありますか？ (_____ 月 _____ 日から)

※該当する症状にレ点を付けてください。

排尿時の痛み 尿の回数が増えた 残尿感 医師に直接相談します
 尿が出ない・出にくい 血尿 尿もれ・尿ががまん出来ない

(_____)

3. 治療中あるいは、かかったことのある病気はありますか？

心臓の病気(_____) 高血圧 糖尿病 脳卒中 肺の病気(_____)
 喘息 がん(_____) 精神疾患 緑内障 前立腺肥大
 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他(_____)

4. 今までに手術を受けたことがありますか？

なし あり(_____ 年 _____ 月 病名： _____)

5. 現在他の病院から薬をもらって飲んでいますか？

いいえ はい(病院名： _____ 薬の名前： _____)

6. 女性の方は現在妊娠していませんか？

妊娠していない 妊娠している(_____ 週目) わからない

7. タバコを吸いますか？ 吸わない 吸う(_____ 才から _____ 本/日) 吸っていた

8. お酒を飲みますか？

飲まない 飲む ビール(_____ ml/日)・日本酒(_____ 合/日)・その他(_____)

9. アレルギーはありますか？

ある方→食べ物(_____)・薬(_____)・酒精綿(_____)・造影剤アレルギー(_____)

10. 他に伝えておきたいことはありませんか？

(_____)

