

問 診 票

フリガナ

氏名： _____ 男・女 生年月日： $\begin{matrix} T & S \\ H & R \end{matrix}$ _____ 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？

該当する項目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 尿が出ない、出にくい
 尿が我慢できない、尿もれがある 血尿 ブライダルチェック
 自費診療希望 医師に直接相談します

3. 治療中あるいは、かかったことのある病気や手術を受けたことはありますか？

- 心臓の病気() 高血圧 糖尿病 脳卒中 喘息
 肺の病気() 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
 手術を受けたことがある _____ 年 _____ 月 _____ 病名

4. 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 _____)

5. 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

6. お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む ビール(_____ 本/日)・日本酒(_____ 合/日)

7. アレルギーはありますか？

- 抗生剤 造影剤 酒精綿 食べ物(_____)
 薬(_____) その他(_____)

8. 女性の方は現在、妊娠中または授乳中ですか？

- 妊娠している(_____ 週目) 授乳中

