

# 問 診 票

ID番号

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

( いつからですか )

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. アレルギーはありますか？  いいえ

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

6. 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

7. お酒は飲みますか？

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

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  該当なし



腎・泌尿器科

河合クリニック