

# 泌尿器科系 問 診 表

カルテID：

受付日： 平成 年 月 日 受付NO.

当院を初めて受診される方は下記の質問にお答えの上、受付へご提出下さい。

フリガナ	
氏 名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 男・女
住 所 〒	
電話番号	携帯電話
平常体温： . °C	身長： cm 体重： kg

1. どのような症状ですか？

いつ頃から？ ( )

どのあたりが？ (下腹部、背部、陰部、膀胱、前立腺、睾丸、ペニス)

どんなふうに？ (尿が漏れる、尿が近い、尿が出にくい、痛い、かゆい、腫れている、皮疹、うみが出る、残尿感、その他 )

2. 以下のような病気にかかったことはありますか？それはいつ頃ですか

ない ・ ある いつ頃 ( )

病 名 (高血圧、糖尿病、心臓病、脂質異常症、脳卒中、緑内障、ぜん息、手術歴あり \_\_\_\_\_、その他 )

3. 現在、通院されている病院はありますか？

ない ・ ある 医院名 ( )

病 名 ( )

通院期間 ( )

4. 現在服用されているお薬はありますか？

ない ・ ある ( )

※お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出し下さい。

5. 今までに薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？

ない ・ ある 薬 名 ( )

食べ物名 ( )

6. 嗜好品についてお伺いします。

アルコール ( 1日 ) たばこ ( 1日 本、何年間： )

7. 女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか？ ( はい ・ いいえ )

8. 当病院をお知りになったきっかけは？ 当てはまるところに○をつけて下さい。

・ 広告、看板・紹介・インターネット・近所・家族・その他 ( )