

泌尿器科 問診票

再診の方は**太枠内**のみご記入ください。

フリガナ	生年	大正 昭和				
お名前	月日	平成 令和	年	月	日	(満 歳)
	性別	男性 女性	職業	体重	kg	
ご住所〒						
電話番号 ☎ご自宅			☎携帯			

該当する項目に○もしくはご記入ください

1. どのような症状で受診されましたか	
2. 症状はいつ頃からですか	年前 ヶ月前 週前 日前 から
3. 上記に関して 治療を受けたことがありますか	1. はい 2. いいえ ➡具体的に：
4. 今までにどんな病気をしましたか	1. ある（下記項目に○をご記入ください） 2. ない 糖尿病 高血圧症 高脂血症 膠原病 喘息 脳卒中 肝疾患 腎臓病 心疾患 緑内障 その他（ ）
5. アレルギーはありますか	1. はい 2. いいえ ・お 薬（ある・ない）➡具体的に： ・食 物（ある・ない）➡具体的に： ・その他（ある・ない）➡具体的に：
6. 現在飲んでいるお薬はありますか	1. はい 2. いいえ (薬の名称：)
7. 飲酒はしますか	☐ 全く飲まない ☐ たまに飲む ☐ 毎日飲む (お酒の種類と量：)
8. 血縁の方に病気をした方はいますか	1. はい 2. いいえ どなたが（ ） 疾患名（ ）
9. 女性の方へ： 現在、妊娠・授乳中ですか？	1. はい ☐ 妊娠(ヶ月) ☐ 授乳中 2. いいえ ☐ 可能性がある
10. 他にご希望がありましたら ご記入ください	

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しいただけますよう、お願い致します。