

問診票

ID:

*お分かりになる範囲内で結構ですので、下記のご記入をお願いします。 記入日：令和 年 月 日

氏名	(男・女)	ふりがな	
生年月日	(大・昭・平・令)・西暦	年 月 日 () 歳	
ご住所	(〒 -)	電話番号	- -

*本日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 のどの痛み 咳 痰 鼻汁 頭痛 吐き気 下痢 腹痛 背部痛 便秘
全身倦怠感 動悸 息切れ めまい ふらつき むくみ
健康診断・人間ドックで異常を指摘された(血尿・蛋白尿・高脂血症・高血圧・その他())
おしっこのトラブル(尿の回数が多い・尿の勢いが弱い・血尿・排尿時痛・残尿感・尿もれ・おねしょ)
性感染症(性病)について 男性機能の相談(EDや男性更年期障害など) そけい部・陰部・性器の異常
精液に血液が混じる がんが気になる 睡眠時無呼吸の相談 自費検査や自費治療について
その他()

*いつからですか？

から

*今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

高血圧 脂質異常症(高脂血症) 糖尿病 高尿酸血症 腎臓病 脳梗塞 脳出血 肺気腫
気管支喘息 心疾患 緑内障 がん 尿路結石 その他()

*現在お薬は飲んでいますか？

いいえ はい()

*お薬手帳はお持ちですか？

いいえ はい →「はい」の方は受付にご提出ください

*薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ はい()

*嗜好品について教えてください

お酒：飲まない 飲む(毎日 ・ 週 回 ・ 時々)
タバコ：吸わない 吸う(1日 本、 歳から) 禁煙した(年前から)

*女性にお尋ねします(差し支えない範囲でお答えください)

現在妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性がある 不明
現在授乳中ですか？ いいえ はい
生理中ですか？ いいえ はい 閉経() 歳

*本日の診療に対するご希望があればご記入ください

検査希望 治療希望 その他の相談()

*当院を知ったきっかけを教えてください

インターネット 看板 知人・ご家族の紹介 近隣に住んでいる その他()