

泌尿器科問診票

熱 _____℃

電話 (_____)

ふりがな
氏 名 _____ 様

住所 〒 _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ 男・女

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？また、それはいつ頃からですか？

2. これまでにかかった病気や手術歴はありますか、また、あるとすれば、いつ頃ですか？

☐ いいえ ☐ はい

3. 現在治療中の病気はありますか？

☐ いいえ ☐ はい

4. 現在服用中の薬はありますか？ お薬手帳 (☐ なし ☐ あり)

☐ いいえ ☐ はい (薬の名前 _____)

5. 今までに薬剤でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい (_____)

6. 喫煙や飲酒はされますか？

喫煙 ☐ なし ☐ あり (1日 _____ 本)

飲酒 ☐ なし ☐ あり (1日飲酒量 _____)

7. 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性 ☐ なし ☐ あり 授乳中 ☐ はい ☐ いいえ

生理 (_____ 日目)

8. ご職業を教えてください (_____)

9. 来院のきっかけを教えてください。

☐ ご家族のご紹介 ☐ 知人のご紹介 ☐ クリニック前を通過して

☐ 病院・診療所のご紹介 (病院・診療所名 _____)

☐ インターネット (ホームページ ・ その他) ☐ その他 (_____)

10. 来院手段を教えてください。

☐ 電車 ☐ バス ☐ 車 (柴田駐車場 ・ その他) ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 徒歩

☐ タクシー