

# 問診票

令和 年 月 日

\* 尿検査をお願いすることがありますので、排尿せずにお待ちください。トイレに行きたい場合は、スタッフにお声掛けください。

\* お薬手帳や他院からのお手紙・診療情報提供書をお持ちの方は、スタッフにお渡しください。

ふりがな

お名前

性別: 男 ・ 女

生年月日: (大 昭 平) 年 月 日

年齢: 歳

住所 〒

☎

自宅:

携帯:

➤ 当てはまる症状、項目に○をつけてください(いくつでも可)

- ・尿の回数が多い
- ・尿が出にくい、終わるまでに時間がかかる
- ・排尿のあとも、尿が残った感じがある
- ・尿がもれる
- ・排尿時に痛みがある
- ・尿に血が混じる
- ・下腹部、わき腹、背中に痛みがある
- ・熱がある
- ・性病が疑われる
- ・夜尿症(おねしょ)
- ・睾丸(こうがん)がはれている
- ・ペニスの問題(包茎 うみが出る その他)
- ・健診で異常があった( )
- ・男性更年期の症状がある
- ・ED、勃起不全の相談(自費診療になります)
- ・その他( )

➤ その症状はいつからですか? ( )

➤ 今まで大きな病気、けがをしたことはありますか? はい いいえ  
→ はいの方(病名は?) ( )

➤ 今までに手術をしたことがありますか? はい いいえ  
→ はいの方(どこの手術ですか?) ( )

➤ 現在、病院・診療所で治療中の病気がありますか? はい いいえ  
→ はいの方(病名は?) ( )

➤ 現在、飲んでいる薬・健康食品(サプリメント含む)はありますか? はい いいえ  
→ はいの方(名前が分かればお書きください。) ( )

➤ 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか? はい いいえ  
→ はいの方(何が原因ですか?) ( )

➤ (女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか? はい いいえ