

# 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。他院からの紹介状をお持ちの方は、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:

➤マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか? はい いいえ

➤本日受診するきっかけとなった主な症状・項目に○をつけてください

- ・尿の回数が多い(日中 夜間 1日中)
- ・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(見て わかる ・ わからない)
- ・下腹部・わき腹・背中などに痛みがある
- ・熱がある
- ・夜尿症(おねしょ)
- ・男性更年期の症状がある
- ・陰部の問題(かゆみ・痛み・腫れ・膿が出る等)
- ・性病が疑われる(検査のみ希望の方は自費診療)
- ・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?( )

➤今まで入院するような病気やケガ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