

【 問診票 】

受診日 _____

ふりがな

お名前 _____

生年月日 大 昭 平 年 月 日 才

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

携帯電話 _____

本日は、どうされましたか？

- ・ 頻尿である
- ・ 膿がでる
- ・ 局部のかゆみ
- ・ 腎・尿管結石
- ・ 尿の勢いが悪い
- ・ 血尿が出た
- ・ 排尿時に痛い
- ・ 背中が痛い
- ・ 性病検査
- ・ 残尿感がある
- ・ その他 ()

それは、いつ頃からですか？ ()

排尿は一日何回ですか？

朝から就寝まで 回 就寝後 回

現在、この症状で治療を受けていますか？

- ・ はい (病院名)
- ・ いいえ

現在、治療中の病気はありますか？

- ・ はい (病名)
- ・ いいえ

「はい」とお答えの方、どちらでどのような治療(薬も含む)をされていますか？

- ・ どちらで (病院名)
- ・ 投薬治療 (お薬名)
- ・ 経過観察
- ・ その他 ()

今までに、大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

- ・ はい (病名・手術名 いつ頃)
- ・ いいえ

今までに、薬に対して異常反応がありましたか？

- ・ はい (お薬名)
- ・ いいえ
- ・ その他 ()

当院をどのようにして知りましたか？

- ・ 以前来院したことがある
- ・ 近くに住んでいる、近くに勤めている
- ・ 家族が当院にかかっている
- ・ 知人に薦められた(紹介者)
- ・ 他の病院からの紹介
- ・ 当院のホームページを見た
- ・ 看板、広告を見た
- ・ その他 (具体的に)

【 女性の方に質問です 】

現在、妊娠していますか？また、妊娠している可能性がありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

妊娠 () 回 ・ お産 () 回