

# でぐち腎泌尿器クリニック 問診票

フリガナ			
氏名			
生年月日	T・S・H 年 月 日	ご年齢( )	性別 男・女
住所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	
身長と体重	身長 cm	体重 kg	
喫煙されますか？	いいえ・はい (1日 本)		
お酒はのみますか？	いいえ・はい (1日 杯)		
1. 本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？			
2. いつ頃からですか？ 発症日 ( 月 日頃から 日前から)		まえ	うしろ
2. どういう症状がありますか？○を付けてください。 ・排尿時の痛み ・尿漏れ ・尿の回数が多い ・血尿がある ・尿の勢いが悪い ・尿が出づらい ・尿が残った感じがする ・痛みがある(左の図示してください) ・男性機能の異常 ・発熱がある ・その他( )		 痛い・違和感・不快感	
3. 今までにかかった、または現在通院治療されている病気、けがはありますか？ いいえ・はい ( )			
4. 現在、服薬はありますか？ いいえ・はい ( )			
5. 今までに手術をした経験はありますか？ 記入例 盲腸(20歳) いいえ・はい ( )			
6. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ある場合は記入してください。 食べ物( ) お薬( )			
7. 女性の方のみお答えください。 妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい( 週目) 授乳中ですか？ いいえ・はい			
8. よろしければ当院をお知りなっきっかけを教えてください。 ・近くを通りかかって ・広告や案内板をみて ・ホームページをみて ・ウェブで検索して ・家族、友人や知人より聞いて ・他の医療機関から紹介 ・その他( )			
9. その他(特に伝えたいこと、ご要望がありましたらご記入下さい)			