

問診票

フリガナ		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年齢	
お名前					
ご住所	〒	自宅電話			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		携帯電話			

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
(トイレにいきたい場合はお知らせください)

該当する箇所に☑チェックをつけてお答えください

- 本日はどうされましたか？(紹介状のある方は記入不要)

泌尿器科	<input type="checkbox"/> トイレに近い <input type="checkbox"/> 尿もれ <input type="checkbox"/> 尿が出づらい <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 排尿時痛 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 腰が痛い <input type="checkbox"/> 尿路結石が気になる <input type="checkbox"/> 下腹部が痛む・不快 <input type="checkbox"/> 性器の異常 <input type="checkbox"/> 陰囊が腫れてきた <input type="checkbox"/> 陰囊が痛む <input type="checkbox"/> 性感染症疑い <input type="checkbox"/> 男性不妊治療希望 <input type="checkbox"/> 男性更年期障害治療希望 <input type="checkbox"/> (ED・AGA)治療希望 <input type="checkbox"/> (ブライダルチェック・精液検査)希望 <input type="checkbox"/> 検診で(血尿・尿蛋白)を指摘 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診希望 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	--

内科	<input type="checkbox"/> 熱がある(度) <input type="checkbox"/> 熱があった(日前) <input type="checkbox"/> (咳・鼻水・痰)が出る <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> (高血圧・高脂血症・糖尿病) <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 動機 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> むくむ <input type="checkbox"/> 検診の再検診 <input type="checkbox"/> その他()
-----------	--

- 症状はいつからですか？

今日から () 日前から () か月前から 時々 現在症状なし

- 現在治療中の病気、過去に治療した病気や手術はありますか？

<input type="checkbox"/> 有	※「有」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(狭心症・不整脈等)
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> () がん <input type="checkbox"/> その他()

- 現在飲んでいる薬はありますか？

<input type="checkbox"/> 有	※「有」とお答えの方(お薬手帳をお持ちの方は見せてください)
<input type="checkbox"/> 無	薬剤名()

- お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？

<input type="checkbox"/> 有	※「有」とお答えの方 薬剤名()
<input type="checkbox"/> 無	食品名()

- 喫煙 有 無 ● 飲酒 有 無 ★女性のみ 妊娠中 授乳中

- 来院のきっかけを教えてください

ホームページ ネット広告 ネット口コミ 病院ナビ 横浜市泌尿器科おすすめサイト
 近所 知人紹介 他院の紹介 チラシ その他()