問　診　票

ふりがな			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　　歳		
住所	〒　　－		
自宅電話番号		希望される連絡先 自宅　・　携帯	
携帯電話番号			
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	@		

1. 今日はどうされましたか？　〇をつけてください

*泌尿器科

尿が出にくい　排尿の回数が多い　排尿時に痛みがある　違和感がある　残尿感がある
尿が漏れる　　尿に血が混じる　　下腹部が痛い　　膿が出る　　おりものが多い　ED
陰部にできものがある　男性不妊症　性病検査希望【ｸﾗﾐｼﾞｱ・淋菌・HIV・梅毒】
その他(　　)

*内科

発熱(最高　　℃)　せき　のどの痛み　鼻水　下痢　腹痛　嘔吐　頭痛　食欲不振
呼吸困難　成人病【糖尿病・高血圧・高脂血症】

2. いつ頃からですか？　　日前から　（ 詳細：　　）

3. 他院にかかっておられますか？　　はい　（　　科 ）　いいえ

4. 現在、服用中の薬はありますか？　　はい　(薬品名　　)
　　↳　お薬手帳　　あり　・　なし
　　いいえ

5. 薬や注射で、じんましんやかゆみ等ｱﾚﾙｷﾞｰ反応が出た事がありますか？
はい　(薬品名　　)　いいえ

6. 今までに大きな病気、手術を受けられたことがありますか？
はい　(病名　　)　いいえ

7. 当院をどこでお知りになりましたか？
インターネット　タウンページ(電話帳)　駅の看板　ご家族
紹介(病院・知人)　その他　（　　）