**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？　○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】

1. いつ頃からですか？　　　　 日前から ( 詳細：　　　　　　　　　　　　　 　)
2. 他院にかかっておられますか？　　 はい　(　　 　　 　科 ) 　いいえ
3. 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

1. 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

1. 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

1. 当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット　タウンぺージ(電話帳)　駅の看板　ご家族

紹介( 病院・知人 )　その他　(　　　　　　　　　　　　 )