問診表

フリガナ		男 ・ 女	生年月日 大･昭･平･令　　年　　月　　日
名　前			
住　所	〒　　－		電話番号

本日はどのような症状でお越しになりましたか？

□尿が出にくい　□尿が残った感じがする　□出るときに痛みがある
□尿の回数が多い（昼／夜）　□尿に血が混じる　□陰部がかゆい、腫れる
□尿が漏れる　□おねしょ　□腰の痛み（右／左）　□健康診断の異常
□男性更年期障害　□勃起障害（自費）　□その他（　　）

いつ頃から　（年 ・ ヵ月 ・ 週 ・ 日）前から　・　分からない

今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

いいえ　脳卒中 ・ 糖尿病 ・ 頸椎／腰椎疾患 ・ 高血圧 ・ 心筋梗塞／狭心症 ・悪性腫瘍
その他疾患（　　）　シャント　右 ・ 左

今まで入院歴・手術歴があればお書きください。

なし　あり（　　）

飲んでいるお薬が分かる方はお書きください。

お薬手帳がある方は書かずに受付にお出しください。
なし　あり（　　）

食べ物や薬のアレルギーはありますか？

いいえ　はい（　　）

当院を何で知りましたか？

インターネット・ SNS ・ 新聞折り込み ・ 近隣に住んでいる ・ 通りがかり
友人/知人のご紹介（　　）・ 他院からの紹介 ・ その他（　　）

（女性の方へ）現在妊娠している可能性はありますか？　はい ・ いいえ ・ わからない

ご記入ありがとうございました。終わりましたら受付へお戻しください。