

初診問診票

本日の体温 ℃

フリガナ		男 ・ 女	電話番号 (どちらかは必須)			
氏名 (必須)			自宅 携帯	() ()		
住所 (必須)	〒 _____					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
マイナンバーカード持参		あり・なし	マイナ保険証による情報取得に		同意する・同意しない	

◆本日はどうなさいましたか？当てはまるものに、レチェックをつけてください。

- 尿が出にくい 尿の勢いが弱い 残尿感がある
尿の回数が多い 尿意を我慢しづらい 尿が漏れる(トイレ 前・後)
尿の中に血が混じる 赤い尿が出る 痛み(排尿時・睾丸・陰茎・腰・下腹部)
健診・他院で指摘された(尿潜血・蛋白尿・前立腺がん・腎機能低下・結石)
その他()

◆下記の症状で受診希望の方は2枚目のご記入は不要です。

- 尿道の先から膿が出る 性病の検査希望 EDの治療

◆症状はいつ頃からありますか？ 今日から・ 日前・ 週間前・ ヶ月前・ 年前

◆過去に大きな病気で治療や手術を受けられた事がありますか？

- なし あり ()

◆この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受けましたか？ なし あり

◆現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

- なし 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病()肝臓病 腎臓病 脳卒中 緑内障
尿路結石 前立腺肥大症 過活動膀胱 子宮筋腫 子宮脱 がん(部位)
その他()

◆現在、飲んでいるお薬(市販薬含む)はありますか？

- ※お薬手帳持参の方は記入不要です** なし あり()

◆喫煙、飲酒について教えてください。

- 喫煙：吸わない 吸う(本/日× 年間)
禁煙した(年前から。それまでの喫煙(本/日× 年間))
飲酒：飲まない 飲む(週 日) 種類・量()

◆食べ物・クスリ・注射アレルギー(気分不快、じんましんなど)ありますか？

- なし あり()

◇女性の方へ。現在、生理中・妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい(生理中・妊娠中・妊娠の可能性あり・授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？

- 他の医療機関 インターネット 家族・知人 通りがかり チラシ その他

検尿をする場合があります。診察前にお手洗いへ行かれる際は、受付へ声をかけて下さい。