泉谷ふれ愛クリニック　問診票

No. _____　　平成_____年_____月_____日

＊ 診察前に、尿の検査をする場合がありますので、排尿しないでしばらくお待ちください。

ふりかな		男・女	大正 昭和 平成	年　月　日生
氏名				歳（　ヶ月）
住所	〒（　－　） 電話番号（　-　-　）			

下記の項目について、あてはまるところに、○または記入をしてください。

■ 本日は、何科を受診されますか。（泌尿器科 ・ 小児泌尿器科 ・ カウンセリング ・ その他）
→小児泌尿器科の方　体重は、（　）kg

■ いつ頃からどのような症状ですか。→いつ頃から（　）
→あてはまる症状は
頻尿・残尿感・血尿・排尿痛・尿もれ・排尿困難・夜間頻尿・おもらし・おねしょ・腰痛・背部痛・下腹部痛（その他　）
陰部の症状（部位　）赤み・はれ・ただれ・かゆみ・痛み・できもの・膿が出る（その他　）
検診の結果にて再検・性病検査・前立腺がん検診・勃起障害（ED）・男性型脱毛（AGA）

■ 現在、治療中の病気はありますか。（　はい・いいえ　）
→はいの方　（病名　）
（内服薬　）
※内服中の方は、お薬手帳等を提示していただくか、ご記入ください。

■ これまでにかかられた病気はありますか。（　はい・いいえ　）
→はいの方
腎盂腎炎・膀胱炎・結石・前立腺炎・緑内障・高血圧・心臓病　（その他　）

■ ご職業は何ですか。
→ご職業　_____　（学生の方は、_____年生）

■ 薬や食物によるアレルギーはありますか。（　はい・いいえ　）
→はいの方は、具体的に（　）

■ 女性の方にお聞きします。
→生理中 ・ 授乳中 ・ 妊娠中（　週） ・ 妊娠の可能性（　あり ・ なし　）

■ その他、伝えておきたいことがございましたらご記入ください。

※情報提供書や他院での検査結果等ございましたら、受付に提出してください。ありがとうございました。暫くお待ちください