

泉谷ふれ愛クリニック 問診票

No. _____ 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 令和	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