

問診票

カルテ ID _____

記入日 年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男性・女性
生年月日(西暦)	年 月 日	歳
住所	(〒 -)	
電話番号	自宅	
	携帯	

① 本日はどのような症状で来院されましたか？下記の症状で該当するものに☑をつけてください。

- 尿が出にくい 尿の回数が多い(昼間・夜間・昼も夜も)
尿が残っている感じがする 尿に勢いが無く時間がかかる
尿が漏れる(咳やくしゃみで・尿意を感じてトイレに行くまでに・尿を出した後にも)
排尿時に痛みを感じる 尿に異常を認めた(血尿・潜血・蛋白尿)
お腹や腰に痛みを感じる 鼠径部や陰囊の痛みや腫れ、違和感
性感染症が心配 夜尿症(おねしょ)が続く
男性不妊 ED・AGA・男性更年期障害
ビタミン点滴・コロナ PCR 検査やコロナワクチンについて
その他()

② 上記症状はいつからございますか？()

③ 今までにかかった病気や現在治療中の病気がございましたら☑をつけてください。

- 高血圧 糖尿病 脂質異常症 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 喘息 肝疾患 胃潰瘍
椎体ヘルニア 認知症 緑内障 尿路結石症 手術歴()
悪性疾患() その他()

④ 現在使用されているお薬はございますか？

お薬手帳などわかるものがあればご提示いただだけで結構です。

- なし あり()

⑤ お薬や食物でアレルギーはございませんか？

- なし あり()

⑥ 喫煙 吸わない 吸う(一日 本× 年) 以前吸っていた(年前まで)

⑦ 飲酒 飲まない 飲む(週に 回)

⑧ 女性の方への質問です 妊娠の可能性について なし あり わからない

生理中 授乳中

⑨ その他に何かご希望があればご記入ください。()

※当院をお知りになったきっかけを教えてください。

インターネット・看板・チラシ・知人の紹介・他院の先生の紹介・その他()