

# 問 診 票

|              |                |
|--------------|----------------|
| ふりがな:        | 生年月日: 西暦 年 月 日 |
| お名前:         | 年 齢: 歳         |
| ご住所: 〒 _____ |                |
| 電話番号: — —    | お身体の性別: 男 ・ 女  |

※ 頂いた個人情報はプライバシー保護の観点から厳重に管理致します。

※ 急を要する場合などには当院からご連絡をさせていただく場合がございますのでご了承ください。

## 1. 本日はどうされましたか？

- 尿に血が混じる     尿を出す時に痛い     尿が残った感じがする     尿の我慢が難しい  
 尿が出にくい     尿が漏れる（尿失禁）     尿の回数が多い（頻尿）     脇腹、下腹部の痛み  
 がんが気になる     性感染症（性病）について     性器の異常     睡眠時無呼吸の相談  
 健康診断・人間ドックで異常を指摘された     男性機能の相談（ED、男性更年期障害など）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 2. いつからですか？

本日（    ）時頃から、 昨日から、（    ）日前から、 それより前から（    ）から

## 3. 今までにかかったことのある病気や現在治療中の病気はありますか？

- ない     ある
- 高血圧     糖尿病     脂質異常症（高脂血症）     高尿酸血症     脳卒中     腎臓病  
 心臓病（狭心症・心筋梗塞など）     尿路結石     気管支喘息     緑内障     がん  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 4. 現在飲んでいるお薬やサプリメントがあれば教えてください（お薬手帳があれば受付にご提示ください）

- ない     ある（薬の名前: \_\_\_\_\_ ）

## 5. 薬（飲み薬・注射・局所麻酔薬・消毒薬など）や食べ物などのアレルギーはありますか？

- ない     ある（原因となったもの: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ）

## 6. 嗜好品について

- ・お酒:  飲まない     飲む（毎日、時々、1日量 \_\_\_\_\_ ml）  
・タバコ:  吸わない     禁煙した（ \_\_\_\_\_ 年前から）     吸う（1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 年間）

## 7. 本日の診療に対するご希望があればご記入ください。

- （  検査希望     お薬希望     治療希望     その他の相談: \_\_\_\_\_ ）

## 8. 女性の方へ

- ・妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？     いいえ     はい  
・授乳中ですか？     いいえ     はい

## 9. クリニックを受診したきっかけを教えてください（複数回答可）

- 近隣に住んでいる     インターネット（ホームページ）を見て     ビルの看板を見て  
 以前の病院から院長にかかっている     新聞の折り込みチラシを見て     知人・ご家族の紹介  
 情報誌の広告を見て     他院からの紹介（医療機関名: \_\_\_\_\_ ）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご記入ありがとうございました。受付へお持ちください