

問診表

【尿・滅菌尿】

日付 / /

◆ご記入にご協力ください。(該当するところ全てに○をつけて下さい)

フリガナ			生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	ご年齢
お名前	(男・女)							歳
住所	〒 -		電話番号 ()					
メールアドレス	@		携帯 メール	@				
緊急連絡先	お名前 (続柄)	()	電話番号	()				

当院を知った きっかけは 何ですか? (✓を記入)	<input type="checkbox"/> 看板 (駅看板 道路看板 パルテきたこし看板 バス) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ご紹介 ご紹介者のお名前 () <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> スマホで検索 <input type="checkbox"/> 前を通過して知っていた <input type="checkbox"/> 以前から先生を知っていた <input type="checkbox"/> その他
------------------------------------	--

1. 症状についてお聞かせください。

いつ頃から : 年 月 日ごろ

症状・経過

◆気になることは何ですか?

尿に血が混じる ・ 尿が近い ・ 尿が漏れる ・ 残尿感がある ・ 尿が出にくい、全く出ない
 トイレが我慢できない ・ PSAが高いと言われた ・ ED ・ 性病の心配
 その他 ()

2. 今までの病歴についてお聞かせください(該当するものに○をお付けください)

病気 (治療中を含む)	高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・その他 ()	
アレルギー	ぜんそく: 有・無	薬剤名:
	その他	
手術歴		

3. 現在飲んでいるお薬をお聞かせください。※お薬手帳・他の病院の検査結果をお持ちの方は受付にお出し下さい。

(男性の方にお聞きします)

◆女性スタッフの同席について (同席してもいい ・ 同席しないで欲しい)

(女性の方にお聞きします)

①妊娠、またその可能性はありますか? (はい ・ いいえ)
 ②生理中ですか? (はい ・ いいえ)

4. ご質問等がございましたらご記入ください。

5. 当院から郵送などで予約日のご案内などを発送する場合があります。○をお付けください。

送ってもいい (メール ・ 郵送 ※ご希望の方法に○を付けてください。) ・ 送らないで欲しい

【医院使用欄】 蛋白質 () PH () 比重 () 潜血 () ブドウ糖 () 白血球 ()