泌尿器科 問診票

ご記入日　　年　　月　　日

フリガナ お名前　　男・女	生年月日 大･昭･平･令　　年　　月　　日
ご住所　〒	お電話番号 携　帯:　　(　　) ご自宅:　　(　　)
ご来院のきっかけ インターネット検索 ・ バス広告 ・ 電柱広告 ・ お知り合い、他院からのご紹介(　　様から) 当院他科に通っている ・ 近くを通りかかって ・ その他(　　)	

1.いつから、どのような症状がありますか？（該当するものに〇、またはご記入ください）

(　　年　　月　　日から　/　　くらい前から)

・尿が赤い　・尿が濁っている　・潜血が出ていると言われた　・尿が出にくい　・尿の回数が多い

・残尿感がある　・排尿時に痛みがある　・尿がもれる　・痛みがある(部位:　　)

・熱がある　・性病の恐れがある　・腫れている(部位:　　)　・尿道から膿が出る

・精液に血が混ざる　・健康診断で受診をすすめられた(　　)

・その他 (　　)

2.今までにかかった病気はありますか？

いいえ

はい　糖尿病 ・ 高血圧 ・ 結核 ・ 心臓病 ・ 脳血管疾患 ・ 結石(腎・尿管) ・ 腎盂腎炎

その他(　　)

「はい」の方は、現在飲んでいる薬があればご記入ください

(　　)

3.今までに手術を受けたことはありますか？

病名・手術名	時　期	病 院 名
	年　月　才	
	年　月　才	

4.アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (薬品名･食品名など :　　)

5.日常生活についてお尋ねします

アルコール:　飲まない ・ 以前飲んでいた(　歳～　歳) ・ 飲む(何を　　量:　/ 日)

タバコ:　吸わない ・ 以前吸っていた(　歳～　歳) ・ 吸う(　本 / 日)

6.マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい ・ **いいえ**

元町マリン眼科
motomachi marine eye clinic