

問診票

ID

年 月 日 ()

フリガナ	性別		生年月日	
氏名	男性・女性	大・昭・平	年 月 日	歳
住所 〒 -				
電話番号 ()	連絡 可・不可	ご職業		
携帯番号 ()	連絡 可・不可	・会社員 ・会社役員 ・公務員 ・自営業 ・サービス業 ・医療従事者 ・主婦 ・パート ・学生 ・無職 ・その他 ()		

① いつからどのような症状がありますか？該当するもの全てに○をつけてください

()頃から、

- | | |
|----------------|-----------------------|
| ① 尿が出にくい | ⑦ 発熱がある |
| ② 尿漏れがある | ⑧ 健診、人間ドックなどで異常が指摘された |
| ③ 尿の回数が多い | ⑨ 男性外来（性機能、男性型脱毛症など） |
| ④ 尿が残ってる感じがする | ⑩ 他院からの紹介 |
| ⑤ 尿が出るときに痛みがある | ⑪ 点滴希望 |
| ⑥ 尿に血が混じる | ⑫ その他() |

② 今までにかかったことのある病気 現在治療中の病気はありますか？(複数回答でも結構です)

- ・ 高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・高尿酸血症 ・尿路結石 ・腎不全 ・不整脈 ・心筋梗塞 ・狭心症
- ・ 脳梗塞 ・脳出血 ・ぜんそく ・結核 ・精神疾患 ・甲状腺機能亢進症または低下症
- ・ 緑内障 ・白内障 ・リウマチ ・自己免疫疾患 ・がん ()

③ 現在飲んでる薬やサプリメント 点眼薬 などがございますか？

ある() ・ ない

④ アレルギーはありますか？

食べ物・薬・その他 ある() ・ ない

⑤ アルコールは飲みますか？

- 飲まない ●週2回以上飲む(ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー) □機会があれば飲む

2枚目もご記入願います

問診票

⑥ タバコは吸いますか？

- 全く吸わない
- 以前吸っていた()歳～()歳まで1日()本
- 現在吸っている ()歳～()歳まで1日()本

⑦★女性の方へ 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

◎当クリニックを来院したきっかけについて教えてください

- 1、家や職場が近い
- 2、ホームページ
- 3、広告・看板
- 4、紹介
- 5、その他()

◎当クリニックへはどの交通機関をご利用されましたか？どの交通機関をご利用する予定ですか？

- 1、徒歩・自転車
- 2、地下鉄御堂筋線
- 3、地鉄四ツ橋線
- 4、地下鉄長堀鶴見緑地線
- 5、お車
- 6、その他の交通機関()

◎その他 診察、当クリニックに対するご意見ご要望がございましたら こちらにご記入願います

ご協力ありがとうございました。こちらの問診票は受付にお渡し下さい

なお初診の患者様は尿検査をする場合がございますので

トイレに行く際はスタッフにお声をおかけください。