

ID: _____

受診日: 年 月 日

問診表

下記の質問にお答えの上、受付にご提出ください。答え難い場合は空白で結構です。

ふりがな		男・女
お名前		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日
ご住所	〒 - -	
電話番号	- -	(携帯) - -

①本日はどうされましたか？

●どのような症状がありますか？

発熱 頭痛 咳 痰 のどの痛み 吐き気 めまい しびれ

尿が出にくい 頻尿 排尿痛 残尿感がある 尿漏れ トイレが我慢できない

血尿 蛋白尿 PSAが高いといわれた 勃起不全

性病の心配がある 陰部の異常(皮膚・かゆみ・腫れ・痛み)

その他 ()

*症状が出たのはいつ頃からですか？【 年 月 日頃から】

②現在治療中の病気はありますか？ 【 ある・ない 】

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳血管障害 肺疾患 喘息 癌 緑内障

その他【 】

③現在服用中の薬はありますか？ 【 ある・ない 】

ある場合:薬品名【 】

*お薬手帳を受付にお出しください

④今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？【 ある・ない 】

ある場合

薬品名 : 【 】

食べ物 : 【 】

⑤喫煙・飲酒について教えてください

●アルコール:【 飲む・飲まない 】

→1) 週に()日ぐらい

→2) 1日の飲酒量(ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー : ml)

●喫煙:【 吸う・吸わない 】 → 1日 ()本

⑥女性の方へお尋ねします

・妊娠の可能性はありますか？ ない ある 妊娠中である(妊娠 月)

・現在授乳中ですか？ はい

・本日生理中ですか？ はい (日目)

⑦当院をどのようにして知りましたか？

インターネット 広告 看板 その他 ()