

# 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男性・女性	年 月 日 歳
ご住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )

- ① 本日はどのような症状で来院されましたか？  
( )
- ② その症状はいつ頃からですか？ ( )
- ③ 下記の症状で当てはまるところに☑して下さい
- 排尿時・排尿後に痛みがある       排尿後に残ってる感じがする(残尿感)
- 尿の出が悪い(排尿困難)       尿を我慢するのがつらいことがある(尿意切迫感)
- 日中の尿の回数が多い(頻尿)       尿に血が混じる(血尿)
- 夜間の尿の回数が多い(夜間頻尿)
- 尿漏れがある(尿失禁)       検診、人間ドックなどで異常を指摘された
- ④ 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？
- なし  ある 「ある」とした方は詳しくご記入ください
- 高血圧 糖尿病 不整脈 狭心症 心筋梗塞 高脂血症 高コレステロール血症
- 高尿酸血症 尿路結石症 脳梗塞 脳出血 緑内障 白内障 気管支喘息
- がん( ) その他 ( )
- ⑤ 現在内服されてるお薬はありますか？
- なし  あり ( )
- ⑥ 現在内服されてるサプリメントはありますか？
- なし  あり ( )
- ⑦ アレルギーはありますか？
- なし  あり ( 食べ物 薬 その他 )
- ⑧ 喫煙歴について
- 全く吸わない  以前吸っていた  現在も吸っている ( 1日 本 × 年 )
- ⑨ 飲酒歴について
- 全く飲まない  機会があれば飲む  週2回以上飲む
- ⑩ ※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

※ その他何かあればご記入ください

( )