

## 問診票

ふりがな \_\_\_\_\_

ID :

氏名 \_\_\_\_\_ 男性 ・ 女性 \_\_\_\_\_

令和4年 月 日

生年月日: 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ( 歳 )

住所 〒 \_\_\_\_\_

府・県

市・郡

区・町

電話番号 自宅( ) \_\_\_\_\_ 携帯( ) \_\_\_\_\_

※お薬手帳、介護保険証をお持ちの方は、受付へお渡し下さい。

※問診した内容は、診察や検査の参考にさせていただきます。出来るだけ詳しく書いて下さい。

以下は、ホームページからの初診時予約システムをご利用され、詳細に記入して下さった方は、省略して下さい。

※女性の方は、8番にも記入して下さい。

1. どうされましたか(あてはまる症状に ○で囲って下さい)

- ・尿が出にくい
- ・残尿感がある
- ・腰部・背部痛がある
- ・尿に血液が混ざっている(血尿)
- ・尿が漏れる
- ・トイレが間に合わない
- ・排尿時に痛みがある
- ・尿の回数が多い(昼間 回くらい、夜間 回くらい)
- ・男性機能低下(ED)相談
- ・その他 \_\_\_\_\_

2. 症状はいつからですか \_\_\_\_\_

3. 上記の症状で他の病院を受診されましたか いいえ ・ はい

3-1. どのような説明を受けましたか \_\_\_\_\_

3-2. お薬はありましたか なし ・ あり

4. その他、ご相談されたいことがあればお書き下さい \_\_\_\_\_

5. 今までに かった病気、手術や入院をされた経験、現在通院中の病院はありますか なし ・ あり5-1. 詳しく教えてください 緑内障、便秘症、高血圧 など 泌尿器科以外の病気も お書き下さい

例) 50歳頃、 年、 年前 例) 高血圧 (時期については分かる書き方で結構です)

歳、 年、 年前

歳、 年、 年前

歳、 年、 年前

歳、 年、 年前

歳、 年、 年前

6. 現在、何かお薬を飲まれていますか なし ・ あり → (お薬手帳 なし ・ あり)7. 今までにお薬や食べ物でアレルギー症状(ジンマシンやゼンソクなど)が出たことはありますか なし ・ あり7-1. どのようなもので症状がでましたか 薬品: \_\_\_\_\_、食物: \_\_\_\_\_

8. 女性の方のみお答え下さい

8-1. 妊娠の可能性はありますか なし ・ あり ・ 不明、8-2. 授乳中ですか なし ・ あり

9. 当院を知った理由を教えてください

他院の紹介、ご家族やご友人の紹介、訪問看護師やケアマネージャーの紹介、インターネット検索、通りがかり、むこだん、駅の看板