

日付： _____

初めての患者様へ

問 診 表

刃がナ
お名前： _____ 年齢： ____才 男 女 T・S・H _____年 ____月 ____日生

〒 _____ — _____ 住所： _____

Tel: (_____) _____ — _____

1.どのような症状で受診されますか？あてはまるものに○をつけてください。(複数可)

- () 尿の回数が多い
 () 尿が出にくい、尿の勢いが弱い
 () 排尿時に痛みがある
 () 尿が漏れる
 () 尿に血が混じっている
 () 尿検査で異常といわれた
 () お腹に痛みがある
 () その他の症状： _____

・その症状はいつから始まりましたか？ _____年 ____月 ____日頃～

2.現在 治療中の病気がありますか？

なし ・ あり (_____)

3.現在 飲んでいる薬はありますか？

なし ・ あり (_____) ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

4.次のような症状はありますか？(複数可)

- ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 喘息 ・ 結核 ・ 緑内障
- ・ アレルギー (_____)
- ・ 泌尿器の病気 (_____)
- ・ その他の病気 (_____)
- ・ 手 術 (_____)

5.薬のアレルギー(皮疹など)が起こったことがありますか？

なし ・ あり (_____)

6.女性の方にお聞きします。

現在妊娠している可能性はありますか？

なし ・ あり

現在授乳されていますか？

いいえ ・ はい