泌尿器科
ID

問診票

受診日　　年　　月　　日

お名前		TEL	
住所	(変更ある方のみ)〒		

① 他の医療機関からの紹介状を持っていますか。　　はい　・　いいえ

② 本日の症状(来院目的)を簡単にお書きください。

いつからの症状ですか？→
来院時体温　　℃

③ 本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか？　　はい　・　いいえ

④ 今までに、薬によるアレルギーが出たことはありますか？ある方は薬品名と症状を記入して下さい
はい　→　(　　)
いいえ

⑤ 今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？
はい　→　(　　)
いいえ

⑥ 現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？
はい　→　(医療機関名:　　治療内容:　　)
いいえ

⑦ 緑内障の既往歴はありますか？　　はい　・　いいえ

⑧ 現在AGAの薬を服用していますか？　　はい　・　いいえ

⑨ (男性の方のみ)前立腺肥大症の既往歴はありますか？　　はい　・　いいえ

⑩ (女性の方のみ)　現在、妊娠中ですか？　はい(　　週)　・　いいえ
現在、授乳中ですか？　はい　・　いいえ

⑪ 日常生活において、当てはまるところに〇印を、(　　)内は数字をお書きください。
＊たばこについて　・吸わない　・吸っていた　・吸っている
↳ 1:1日に(　　)本くらい　2:合計(　　)年間くらい

＊アルコールについて　・毎日　・週5日程度　・時々　・ほとんど飲まない

南大沢メディカルプラザ