

泌尿器科問診票

ID

令和

年

月

日

ふりがな		性別	男・女		
受診者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	歳
身長・体重	身長:	cm	体重:	Kg	

1. 本日泌尿器科を受診した、最も困っている症状は何ですか？

()

2. 症状の経過を教えてください。

()

3. 現在治療中の病気はありますか？ (ない・ある)

※「ある」の方は以下に記入して下さい。

高血圧・糖尿病・心疾患()

悪性腫瘍()・脳血管疾患()

リウマチ・膠原病・喘息・呼吸器疾患()

4. 現在医師から処方を受けているお薬はありますか？ (ない・ある)

※「ある」の方は、お薬手帳を受付に提示するか、お薬の名前を記入して下さい。

()

5. 過去に手術を受けたことがありますか？ (ない・ある)

※「ある」の方は病名を記入して下さい。

()

6. お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ (ない・ある)

お薬の名前()

食べ物()

7. タバコ(電子タバコ・加熱式タバコを含む)は吸いますか？ (吸う・吸わない)

()本/日 ()年間

8. その他、医師に質問があれば記入して下さい。

()

※女性の方のみお答えください※

9. 現在、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性はありますか。 (ない・ある)

妊娠中・授乳中・可能性あり



医療法人いつき会

守山いつき病院