

問診票

カルテID _____

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院を初めて受診される方、お久しぶりの方は、問診票のご記入をお願いします。
お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。

フリガナ	
氏名	男性 ・ 女性
生年月日	大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
住所 〒 _____	
固定電話 (_____) _____	
携帯電話 (_____) _____	

1. どのような症状でお困りですか？ 該当するものに○をつけて下さい（複数可）。
- (ア) 頻尿（尿の回数が多い）（昼間のみ ・ 夜のみ ・ 昼も夜も）
 - (イ) 排尿時痛 残尿感
 - (ウ) 尿の勢いが悪い、尿の切れが悪い
 - (エ) 尿失禁・尿が漏れる（咳・くしゃみで ・ 尿が我慢できずに ・ 排尿後に）
 - (オ) 下腹部痛 ・ 背部痛 ・ 腰痛
 - (カ) 血尿が出た 下着に血が付いた 尿の色がおかしい
 - (キ) 検査で異常を指摘された（尿潜血・タンパク尿・PSA 高値・結石・その他）
 - (ク) 性感染症が心配
 - (ケ) 夜尿症・おねしょ・尿をちびる
 - (コ) 包茎が気になる (サ) 精巣や陰のうが腫れている
 - (シ) ED 治療希望 (ス) AGA 治療希望
 - (セ) 上記以外の症状 (_____)

2 症状が出たのは いつ頃からですか？

（なるべく具体的に 例：○日前から○○です。 ○月○日頃より○○です。）

(_____)

裏面もあります

3. 現在、治療中の病気がありますか？ **ない**
 ある 高血圧・糖尿病・高コレステロール・その他 ()
4. 現在、服用されているお薬はありますか？ **ない**
 ある 薬剤名をお書きください
 ()
5. これまでにかかった大きな病気や手術はありますか？ **ない**
 ある 記入例：〇〇才で〇〇の手術
 ()
6. 薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？ **ない**
 ある ()
7. わかる範囲で質問にお答えください。
 (ア) 身長 _____ cm 体重 _____ kg(最近5年間で 増えた・減った・不変)
 (イ) 就寝時間 _____ 時 _____ 分、起床時間 _____ 時 _____ 分
 (ウ) 飲水量：1日約 _____ ml (主に お茶 水 コーヒー その他)
 (エ) 排尿回数 起きている間 _____ 回 寝ている間 _____ 回
 (オ) 便の回数 _____ 日に _____ 回 (軟 ・ 普 ・ 硬)
 (カ) タバコ 1日に _____ 本 ・ 吸わない
 (キ) お酒 一日に(何を) _____ をどれくらい _____ ・ 飲まない
 (ク) パッドあるいはオムツ 常に使用 ・ 外出時のみ ・ 使用していない
8. 当院をどのようにして知りましたか？
 佐々木クリニック耳鼻科で ・ インターネット ・ 広告(チラシ) ・ 看板
 知人 家族からの紹介 ・ 他医療施設からの紹介 (施設名： _____)
 その他()

ご記入ありがとうございました