

ID:

内科・泌尿器科問診表

(この用紙にご記入のうえ 係りの者にお渡しください。お答えにくい場合は空白のまま結構です。)

ふりがな				男・女
お名前				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
ご住所	〒 -			
お電話番号	-	-	携帯番号	-

①本日はどうされましたか。

・どんな症状ですか。

発熱 頭痛 咳 痰 のど痛い 吐き気 めまい しびれ ()
 排尿痛 尿が出にくい 頻尿 腰痛 血尿 蛋白尿 腫れ できもの
 男性不妊 勃起不全
 その他 []

・いつからですか。

・痛みは [ある ・ ない]

・かゆみは [ある ・ ない]

・以前にその症状の治療をされていませんか。 [はい ・ いいえ]
 (「はい」 の方 → 本日紹介状をお持ちですか。 はい ・ いいえ)

・ご家族の中であなたと同じような症状の方はおられますか。 [はい ・ いいえ]

②今まで、もしくは現在かかっておられる病気はありますか。 [ある ・ ない]
 (「ある」 の方は、以下の項目に○またはご記入下さい)

高血圧 心臓病 肺疾患 喘息 脳血管障害 糖尿病 高脂血症 癌
 その他 手術など ()
 ・いつも飲んでいる薬はありますか。 ()

③今までに薬や食べ物でアレルギー反応が起こったことはありますか。 [ある ・ ない]

薬 :	食べ物 :	検査・他 :
(症状)	(症状)	(症状)

④日常生活について、当てはまるところに○印を、() 内には数字をお書き下さい。

アルコール：飲まない・飲む ⇒ 1) 週に () 日ぐらい
 2) 1日の量 (ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー ml)

たばこ : 吸わない・吸う ⇒ 1) 1日 () 本
 2) やめようと思っている (はい いいえ)

⑤医師に伝えておきたいこと、今後治療にあたってのご希望があればお聞かせ下さい。

<input type="checkbox"/> 痛いという心配、不安がある。	<input type="checkbox"/> 原因を知りたい。
<input type="checkbox"/> アレルギーの検査をしてほしい。	<input type="checkbox"/> 今の症状が治ればよい。
<input type="checkbox"/> 根治を希望する。	<input type="checkbox"/> 経済的な面で不安がある。
<input type="checkbox"/> 現在授乳中。	<input type="checkbox"/> 現在妊娠している。() ヶ月
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 妊娠しているかもしれない。