

## 問診票

ふりがな		性別	男・女
氏名		年齢	歳
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	職業
住所	〒 -		
日中繋がりがやすい電話番号		緊急連絡先	- -
メールアドレス			

## 症状について

## ① どのような症状ですか？

- ・尿の出が悪い ・頻尿 ・夜間の頻尿 ・残尿感 ・排尿時痛 ・血尿 ・尿漏れ  
 ・腰の痛み(左・右) ・睾丸の腫れや痛み(左・右) ・陰茎の腫れや痛み ・<sup>おねしょ</sup>夜尿症 ・健診希望  
 ・検診で異常を指摘された(尿潜血・尿蛋白・前立腺) ・性病検査希望 ・ED治療 ・男性更年期  
 ・むくみ ・腎臓が心配 ・その他( )

② 今回、症状が出てからほかの病院で治療を受けたことがありますか( ある ・ ない )

③ 症状が出たのはいつ頃からですか？ ( )

## 治療中の病気について

## ① 現在治療中の病気に丸を付けてください

- ・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・腎機能低下 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・不整脈  
 ・肝臓病 ・喘息 ・脳卒中 ・癌( ) ・緑内障 ・その他( )

② 飲んでいるお薬はありますか(薬品名: )

お薬手帳をお持ちでしたら受付に提出お願いいたします

薬や食べ物のアレルギーはありますか ( ある ・ ない )

薬品名:	食べ物:
------	------

## 嗜好品について

アルコール ・飲まない ・飲む(週 /日) 種類・量( )

喫煙 ・吸わない ・吸う( 歳から /日) ・禁煙した( 歳から)

## 女性のみ教えてください

現在妊娠の可能性はありますか( はい ・ いいえ ) 現在授乳中ですか( はい ・ いいえ )

## 当院をどのようにして知りましたか

・ホームページ ・広告 ・看板 ・知人の紹介 ・instagram ・その他( )