

問 診 表

ID _____

年 月 日

フリガナ氏名 _____ 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)

住所 〒 _____ ☎ (_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 血圧 _____ 脈拍 _____ 回/分

1. 本日はどのような症状で受診されましたか (どのような目的で受診されましたか)

- 尿が近い 残尿感 尿が出にくい 排尿痛
尿もれ 尿の勢いが弱い 血尿 (赤い 黒っぽい ピンク色)
検診で異常 (尿潜血・蛋白尿)
- 腹痛 背中が痛い 発熱 下痢
咳 痰 嘔吐 吐き気
男性不妊・性機能低下 男性更年期障害 以前のくすりを希望
検診で異常 (採血・超音波・X線で異常) 往診・訪問診療の相談
その他 (_____)

2. 症状はいつからですか (_____)

- ・この症状で他院・他科でみてもらったことはありますか はい いいえ
(病院名・科名: _____)

3. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか はい いいえ

- 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 喘息
がん 脳血管疾患 消化器疾患 前立腺疾患 緑内障 精神・神経疾患
その他 (_____)

4. 手術を受けたことがありますか はい いいえ
いつ頃 (_____) 体の部分または手術名 (_____)**5. 現在内服中の薬はありますか はい いいえ**

- ※お薬手帳か服薬指導書があれば書かなくても結構ですので受付にお出してください
薬品名 (_____)

6. 食事や薬などでアレルギー (発疹や気分不良) が出たことはありますか はい いいえ

- かぜ薬 痛み止め ピリン系 抗生物質 消毒薬 造影剤
その他 (薬品: _____ 食品名: _____)

7. 便通: _____ 回/ _____ 日 便の状態 (硬・軟・普通・下痢気味・便秘)**8. アルコール: 飲まない 飲む (毎日 _____ 合・週に _____ 回・機会飲酒)****9. タバコ: 吸わない 吸うまたは・禁煙している (1日 _____ 本, _____ 年間)****10. 血縁者で糖尿病・高血圧・脳梗塞・ガンになった人はいますか いない いる**
その方との関係: _____ 病名: 糖尿病・高血圧・脳梗塞・ガン**11. 女性の方にお尋ねします。**現在、妊娠の可能性はありますか あり なし現在、授乳中ですか いいえ はい (子供は _____ ヶ月)