

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ:
氏 名:
生年月日: M・T・S・H・R 年 月 日 (年齢: 歳)
住 所: 〒
TEL - - (携帯電話) - -

いつから ( くらいから)

どのような症状がありましたか？ (○をつけてください)

血尿 尿がでにくい 尿の回数が多い 残尿感がある  
おしっこするとき痛い 尿が漏れる 腰が痛い 辜丸が腫れた  
膿が出る 熱が出る おちんちんの相談  
ED(勃起障害) その他 ( )

現在治療中の病気はありますか？

( )

現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり ( )

今まで薬でアレルギーはありましたか？

なし あり (どんな薬でしたか？ )

今までかかった病気はありますか？ (手術含む)

なし あり (既往歴・手術名 )

女性の方に伺います。妊娠されていますか？

なし あり (何ヶ月ですか？ )

当院を何でお知りになりましたか？ (○をつけて下さい)

ホームページ 紹介 ( 医者 知人 ) その他 ( )

☆マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。