

問診票

年 月 日

フリガナ				生年月日	年齢
氏名				大正・昭和 平成・令和	年 月 日 歳
性別	男・女	体重	kg	職業	
住所	〒				
携帯番号				電話番号	

本日はどうなさいましたか？あてはまるものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 陰部に違和感がある <input type="checkbox"/> 尿漏れがある <input type="checkbox"/> 排尿後も残った感じがある <input type="checkbox"/> 急に尿がしたくなって困っている <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い <input type="checkbox"/> 性病検査がしたい ( <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 陰部にできものが出来た <input type="checkbox"/> 陰茎先が( <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 痛い ) <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 膿が出る <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる <input type="checkbox"/> 腰・背部痛がある( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 熱が出た(発熱日時 日 時頃 °C) <input type="checkbox"/> 睾丸が( <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れている ) <input type="checkbox"/> PSA値が高いと言われた <input type="checkbox"/> 精液検査がしたい <input type="checkbox"/> 勃起障害について相談したい <input type="checkbox"/> 手術の相談( <input type="checkbox"/> パップカット <input type="checkbox"/> 包茎 ) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介(病院名 ) 紹介状はありますか？( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ) <input type="checkbox"/> その他( )
--	---

・症状はいつから出ていますか？ ( )

・よく眠れていますか？( はい いいえ ) ・便の状態は？( 下痢 快便 便秘 硬い )

・現在、処方されている薬はありますか？ ( )

・薬や注射、食品などでじんましんやアレルギー等が起きたことがありますか？  
( ない わからない ある→原因となったもの、症状等 )

・今までに大きな病気や手術を受けられたことがありますか？  
( ない わからない ある→病名・手術名 )

・現在治療している病気はありますか？ ( ない わからない ある→ )

・当院を何でお知りになりましたか？ ( インターネット 看板/広告 病院紹介 その他 )

<40歳以上の方> ・この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？  
( いいえ はい→いつ頃 )

<50歳以上の男性の方> ・1年以内にPSA(前立腺がんのマーカー)の検査をしたことがありますか？ ( いいえ はい )

<女性の方> ・現在妊娠中、又は授乳中ですか？  
( いいえ わからない 妊娠中(妊娠 週目) 授乳中 )

・生理は ( まだない 順調 不順 閉経 ) ・最終月経( 月 日より 日間 )

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ( はい いいえ )