

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 男性・女性

生年月日： 大・昭・平・令・西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

電話番号： (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

郵便番号： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

◆どのような症状で来院されましたか？ いつからどのような症状があるかをご記入お願いします  紹介状あり

※ほとんどの方は**診察前に尿検査**をお願いしますので尿をしないでお待ちください

◆今までにかかった、もしくは治療中の病気はありますか？

あり  喘息  緑内障  高血圧  糖尿病  心臓病  脳卒中  尿管結石

その他 病名： \_\_\_\_\_

なし

◆現在飲んでいるお薬はありますか？

あり  お薬手帳持参 薬品名： \_\_\_\_\_

なし

◆お薬のアレルギーはありますか？

あり 具体的に： \_\_\_\_\_

なし

◆女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？  あり  なし

授乳はしていますか？  はい  いいえ

ご記入ありがとうございました

横浜いずみ泌尿器科