

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名： _____ 電話番号：(自宅) _____ (携帯) _____

郵便番号： _____ 住所： _____

男性 ・ 女性 生年月日： T・S・H 年 月 日 (歳)

ほとんどの方は診察前に尿検査をお願いしますので、尿をしないで指示をお待ちください

◆本日はどうなさいましたか？

紹介状あり

◆いつからですか？

◆今までかかった、もしくは治療中の病気はありますか？ なし あり

喘息 緑内障 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中

その他（病名： _____ ）

◆現在飲んでいる薬はありますか？ なし あり （ お薬手帳持参）

薬品名： _____

◆アレルギーはありますか？ なし あり

具体的に： _____

◆女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ なし あり 授乳はしていますか？ いいえ はい

◆当クリニック受診のきっかけに丸をつけてください（複数回答でも構いません）

インターネット / 近所だから / 看板を見て / 知人の紹介 / 医療機関から紹介 / チラシを見て

横浜いずみ泌尿器科