おおたにクリニック　泌尿器科　初診問診票

ふりがな		性別	年齢	生年月日	
氏名		男　女		大正、昭和、平成　　年　　月　　日	
住所				□TEL □携帯番号	
入居施設			介護保険	□あり　□なし	
			要介護度		

1、ご来院のきっかけを　教えてください。

□ご親族・ご友人のご紹介⇒お名前（　　）　□暮らしの便利帳

□病院・診療所のご紹介⇒病院・診療所名（　　）

□内覧会　　□看板⇒どちらの看板ですか（　　）

□インターネット　　□クリニックの前を通って

□健康教室・講演会　　□その他（　　）

2、泌尿器科受診の理由を　教えてください。いつ頃から、どのような症状がありますか？

・いつ頃からですか？（　　）

・どのような症状ですか？　　□医師に直接相談希望

□ おしっこが近い（日中・夜間）　　□ おしっこの　出が悪い

□ 急に　強い尿意がある　　□ おしっこが　もれる

□ おしっこに　血がまざる　　□ おなか・腰・背中に痛みがある

□ おしっこをすると　痛い（不快感がある）　　□ 陰部に痛みや腫れ、かゆみ等がある

□ おしっこがたまると　痛みや不快感がある　　□ おねしょをする

□ 前立腺の検査（　ＰＳＡ　）希望　　□ 性病検査希望

□ 男性更年期障害の検査・治療希望　　□ EDやAGA（男性型脱毛）の治療希望

□ 健診で異常を指摘された　　□ その他（　　）

3、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？　古い順にお書きください。

例）20才 盲腸手術、60才 糖尿病、78才 脳梗塞、80才 緑内障

4、現在　治療中の病気はありますか？

□ いいえ　□ はい（病名：　　）

（病院名：　　）

5、現在　内服中・外用中の薬（市販薬も）はありますか？　お薬手帳を　お出しください。

6、薬や食べ物でアレルギーが　出たことがありますか？

□ ない　□ ある（薬剤名、食べ物名：　　）

7、女性のかたのみ　お答えください。

□ 生理中、　□ 妊娠中（　　ヶ月）、　□ 授乳中、　□ 妊娠していない