泌尿器科外来問診票

令和　　年　　月　　日

より良い医療を受けて頂くために、患者様からの情報が大切です。お手数ですが、診察の前に下記の質問にお答えください。なお、この問診票の結果をみて、さらに細かい問診票をお渡しする場合があります。

お名前（ふりがな）　　様（　　）才　男・女　　身長　　cm

生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日　　体重　　kg

職業　　体温　　℃

1. いつ頃から、どこの具合が悪くて受診されましたか？

（　　）

2. 以前にかかったことのある病気や、現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

（病名・いつから・治療を受けている病院など　　）

3. 現在服用中の薬はありますか？

・　は　い　（薬名　　）　・いいえ

4. 以前にかかった又は現在もある病名を〇で囲んでください。

・緑内障	無・有	・腎臓病	無・有	・喘息	無・有
・白内障	無・有	・肝臓病	無・有	・前立腺肥大	無・有
・心臓病	無・有	・甲状腺機能異常	無・有		
・高血圧	無・有	・糖尿病	無・有		

5. ６ヶ月以内に海外渡航歴がありますか？　・は　い　・いいえ

6. 喫煙・飲酒についてお伺いします。　・喫　煙　しない　する（　　本/日）

・飲　酒　しない　する（　　本/日）

7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

・は　い(薬名・食品　　)　・いいえ

8. 女性の方のみお答えください。

・妊娠の可能性はありますか？　・は　い（妊娠　ヶ月）　・いいえ

・授乳中ですか？　・は　い　・いいえ

9. ご家族・血縁の方に当てはまる病気に〇を付けてください。

・心臓病（狭心症・心筋梗塞）　・糖尿病　・高脂血症

・脳血管障害（脳卒中・脳梗塞・脳出血）　・高血圧　・悪性腫瘍（癌）

10. その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください。

（　　）

医療法人社団　綾和会　浜松南病院