

泌尿器科 問診票

(ふりがな)

お名前 _____

以下の該当する項目に を入れ、必要事項を記入してください 年 月 日

1. 天理よろづ相談所病院で植月院長の診察を受けたことがある はい いいえ
2. 紹介状はお持ちですか はい (受付にお出してください) いいえ
3. どうされましたか
 おしっこが近い おしっこが出にくい 尿漏れ 血尿 排尿時痛
 ED (勃起障害) の相談 AGA (男性型脱毛症) の相談 性感染症の相談
 健康診断や人間ドックで異常を指摘された その他 ()
4. その症状がいつから、どのように悪いかを具体的にお書きください

5. 普段飲んでいる薬があればお書きください (お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください)

6. 今までにかかったことのある病気がありますか
 ない
 ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧
 肝臓病 腎臓病 緑内障 その他 ()
7. 今までに受けた手術がありますか
 ない ある → _____ 年ごろ ()
8. 薬や注射でアレルギーはありますか
 ない ある → ※薬(注射)のなまえ ()
9. 女性の方のみご記入ください
・現在生理中ですか はい いいえ
・現在妊娠中ですか はい いいえ
・現在授乳中ですか はい いいえ
10. 当院を何で知りましたか
 インターネット 看板 (通りすがり) 他院からの紹介
 知人からの紹介 新聞広告 その他
11. 当院までの交通手段は何ですか
 車 電車 (JR・近鉄) バス 徒歩 自転車 その他 ()
12. 遠隔診療 (パソコン、スマホ等を使用したオンライン診療) に興味がありますか?
 はい (詳しくお話が聞きたい方はスタッフにお尋ねください。) いいえ