

問診表

(記入日)

お名前 _____ 性別:(男 ・ 女)
生年月日 _____ 満 () 歳
住所 (〒 -) _____
電話番号 (自宅) _____ 携帯 _____

喫煙 (あり ・ なし) 飲酒 (あり ・ なし)

- ① 本日受診する症状は何ですか？
- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿が残った感じがする | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い |
| <input type="checkbox"/> 尿がもれる | <input type="checkbox"/> 尿の我慢ができない | <input type="checkbox"/> 急に尿意を催す |
| <input type="checkbox"/> 尿が出る時に痛い | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> 背中やおなかが痛い |
| <input type="checkbox"/> いびき | <input type="checkbox"/> 眠気 | <input type="checkbox"/> 健康診断などで異常を指摘 |
| <input type="checkbox"/> (女性の方で) 下腹部や膣の中に何か降りてきたような違和感がある | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

② いつ頃から症状は出てきましたか？ ()

③ 現在、治療中の病気があれば記入して下さい
なし ・ あり ()

④ 飲んでいるお薬はありますか？
なし ・ あり ()

⑤ 今までにかかった病気、手術の経験があれば記入して下さい
なし ・ あり ()

⑥ お薬や食べ物のアレルギーがあれば記入して下さい
なし ・ あり ()

⑦ 女性の方に伺います。 妊娠の可能性 (あり ・ なし ・ わからない)

- ⑧ 当クリニックをどのようにして知りましたか？
- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ちらしやパンフレット | <input type="checkbox"/> ホームページ | <input type="checkbox"/> 看板 |
| <input type="checkbox"/> 通りがかり | <input type="checkbox"/> ご近所 | <input type="checkbox"/> 紹介 |
| <input type="checkbox"/> インターネット検索 (サイト名:) | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |