**問診票　　　　　　　　R　　　　年　　　　月　　　　　日**

|  |
| --- |
| **フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 男**  **お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　女** |
| **住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 自宅電話**  **携帯電話**  **生年月日　　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　ご年齢　　　歳** |

**院長**に**直接**、お話希望の際は上記の記入だけで、結構です。　第三者に無断で提供はいたしません。

**①**いつ頃から　どのような症状ですか？　　　　　　　年　　月　　日頃から

**泌尿器科**・夜間の尿の回数が多い（昼間も）　・残尿感がある　　　・尿が出ずらい

・排尿時に痛い　　　・尿が漏れそうになる　または　漏れてしまう

　　　　　　・健康診断で尿潜血　尿蛋白を指摘　　　　・ＰＳＡが高い　　・　血尿がでた

・下腹部　陰部に痛みがある　・左　右睾丸が痛い　・お子様の相談（　おねしょ、　包皮の炎症　）

　　　　　　・包皮の腫れ　痛み　・　腎結石　尿管結石　・ＥＤ　・包茎相談　　・性病の心配

**男性皮膚科**　　・湿疹　・陰部包皮の痒み　・おでき　・ＡＧＡ（男性型脱毛症）・男性更年期

**女性の方　現在　ご妊娠中ですか　はい　いいえ　生理中ですか**はい　　いいえ

**プライマリー内科**・胃腸の調子が悪い　・下痢　　　・風邪　　・高血圧

・高脂血症　・痛風　　・けが　・インフルエンザ予防接種

**その他**　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**②現在　治療中の病気、　内服薬はありますか？　 お薬手帳はお持ちですか？**

高血圧　　糖尿病　　心臓病　　不整脈　　　緑内障　　　脳梗塞　　　喘息

その他（　　　　）**お薬内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**以前に大きなご病気をしたことがありますか？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**③アレルギーはありますか？**・ある（　　　　　　　　　　）　　・ない

**④当クリニックをどこで、お知りになりましたか？**

・知人紹介　・インターネット　・看板　・近所で前を通るから　・チラシ　・その他

**⑤当院からの電話連絡、郵便物の連絡は可能ですか？　・送ってもいい　　　・送らないで欲しい**