

問 診 票

氏 名： _____ 年齢： _____ 歳 身長： _____ cm 体重： _____ kg

配偶者：有り・無し



今、心配されている症状を○で囲んでください。

尿に血が出る ・ 尿が出る時痛い ・ 残尿感 ・ 尿の勢いが悪い ・ 尿が出ない

尿道が痛い ・ 尿道から膿が出る ・ 尿道がかゆい

尿の回数が多い（日中 _____ 回 ・ 夜間 _____ 回） ・ 尿がもれる

背中が痛い（左 ・ 右） ・ 下腹部が痛い

睾丸が腫れている ・ 陰部がかゆい

相談したい事がある：包茎 ・ 夜尿症 ・ 停留睾丸 ・ 性病（STD） ・ 性機能障害（ED）
その他：

☆ 初診の皆様へのお願い：排尿はしないでお待ちください



現在と過去の病気について

- ・今までにかかった大きな病気：
- ・現在治療中の病気：
- ・処方されているお薬：

アレルギー： ない ・ ある（注射 ・ お薬 ・ 食物 ・ 喘息 ・ 鼻アレルギー）



女性の方へ・・・

妊娠の可能性（あり ・ なし ・ 不明） 最終月経： _____ 月 _____ 日から _____ 日間

☆☆



こちらのクリニックを何でお知りになりましたか？

- ・病・医院からの紹介（ _____ ） 紹介状：有り・無し
- ・インターネット ・ タウンページ ・ 知人 ・ 看板 その他：

・ご不明な点がございましたら、受付までお申し出ください。