

年 月 日

問 診 表

くすだ泌尿器科

ID:

氏名	(フリガナ)	住所	〒
生年月日	大 昭	電話番号	自宅:
	平 令		携帯:
	年 月 日 (歳)		

本日は何が心配で来院されましたか？該当の症状に○をつけてください。(いくつでも可)

☐	尿の出が悪い	☐	尿に血が混じる
☐	尿がちかい	☐	お腹や腰が痛い
☐	残尿感がある	☐	発熱がある(°C)
☐	排尿時痛がある	☐	性病が心配
☐	尿がもれる	☐	ED(勃起不全),AGA(男性型脱毛症)の相談

その症状はいつからですか？ ()

その他に症状があればお書きください。

()

紹介状の持参 あり ・ なし

現在治療中の病気、または過去に治療を受けたことのある病気はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は病名をお知らせください。

☐	高血圧	☐	糖尿病	☐	高脂血症	☐	がん(部位:)
☐	狭心症・心筋梗塞	☐	不整脈	☐	尿路結石	☐	脳出血、脳梗塞
☐	緑内障	☐		☐		☐	

その他 ()

現在服用中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

お薬の名前()

※お薬手帳をお持ちの方は受付へお渡しください。

薬・食べ物でアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

はい→ アレルギー内容()

女性の方へ (該当するものに○をつけてください)

現在妊娠していますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

現在生理中ですか？ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。記入が終わりましたら受付まで提出ください。