

受診問診票

フリガナ 氏名	生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日	性別 男・女
電話番号（自宅）		（携帯）
住所 〒		

身長 _____ cm 体重 _____ kg 喫煙 有 無 飲酒 有 無

◆お薬手帳の持参

有 ・ 無

◆妊娠

有 ・ 無

◆海外渡航歴

有 ・ 無

泌尿器科

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頻尿（おしっこが近い）・排尿困難 | <input type="checkbox"/> 性感染症・性器が気になる |
| <input type="checkbox"/> 血尿（おしっこに血が混ざる） | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる |
| <input type="checkbox"/> 残尿感（おしっこが残る感じ） | <input type="checkbox"/> 健診で蛋白尿（+） |
| <input type="checkbox"/> 排尿痛（おしっこする時痛い） | <input type="checkbox"/> 男性更年期障害が心配 |
| <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い・不快 | <input type="checkbox"/> ED（勃起不全症） |
| <input type="checkbox"/> 尿路結石が気になる・腰が痛い | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |

内科

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 風邪症状（発熱 _____ °C・咳・鼻水） | <input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病・高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛・嘔吐・吐き気・飲み過ぎ | <input type="checkbox"/> 不眠・疲労・不安感・うつ症状 |
| <input type="checkbox"/> 下痢・便秘・血便 | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい・息苦しい |
| <input type="checkbox"/> がんが気になる | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断で再検査になった | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |

■ 上記の項目が気になるのはいつからですか？

■ 薬や注射のアレルギーはありますか？

無 ・ 有（ _____ ）

■ 今までにかかった大きな病気や手術・現在治療中の病気はありますか？

■ 当クリニックのことを何でお知りになりましたか？

HP（検索ワード _____） / NET検索（サイト名 _____） / 紹介（知人・家族・職場）
看板 / 他院の紹介（病院名 _____） / その他（ _____）

■ 湘南太陽会グループのクリニックで診察を受けられたことはありますか？（鳥居・相生・スカイビル）

*個人情報保護法の施行に伴い、ねぎし泌尿器科・内科では職員及び関係者にこれを周知徹底し、適切な個人情報の管理と保護に努めます。

ねぎし泌尿器科・内科