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 平 令　年　月　日（　歳）	電話番号	自宅： 携帯：

本日は何が心配で来院されましたか？該当の症状に〇をつけてください。（いくつでも可）

	尿の出が悪い		お腹や腰が痛い
	尿がちかい		発熱がある（　℃）
	残尿感がある		性病が心配
	排尿時痛がある		陰部の皮膚疾患
	尿がもれる		男性更年期の相談
	尿に血が混じる		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		脳出血、脳梗塞		がん（部位：　）
	狭心症・心筋梗塞		不整脈		尿路結石		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　（該当するものに〇をつけてください）

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。