

# 問 診 表

ふりがな

氏 名： \_\_\_\_\_ 男・女生年月日：M T S H \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所：(〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

該当する項目に☑印を入れてください

本日はどうされましたか？

( \_\_\_\_\_ )

【排尿時の症状】 出にくい 一日中回数が多い 夜間の尿の回数が多い  
残る感じがある 漏れる 腰痛 おしっこが出る時痛む

【尿の色】 血尿が出た にごっている

【検診で異常を指摘】 尿に血が混じっている 尿潜血陽性 PSA が高い

手術希望

その他 ( \_\_\_\_\_ )

いつ頃からその症状がありますか？

2-3日前 1週間前 1ヶ月前 数ヶ月前 1年前 その他 ( \_\_\_\_\_ 前)

今までかかった病気・現在かかっている病気がありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 がん ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在飲まれている薬を教えてください(薬の名前がわかれば記入してください)

( \_\_\_\_\_ )

上記の症状で他の病院に受診されましたか？ はい いいえ

どのようにいわれましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

お薬を処方されていますか？ ( \_\_\_\_\_ )

今までお薬や注射をして異常がでたことありますか？ ない ある

(お薬又は検査名： \_\_\_\_\_ )

アレルギー性の病気がありますか？ はい いいえ

喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性皮膚炎 その他 ( \_\_\_\_\_ )

生理中・妊娠中の方は、お知らせ下さい

生理中 妊娠中 授乳中

あなたの病気ががんあるいはがんが疑わしいと診断された場合、告知を希望されますか？

希望 希望しない 家族に知らせてほしい その他 ( \_\_\_\_\_ )

その他、ご相談・お気づきのことがありましたらご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました

