

《問診票》

年 月 日

お名前 _____ (才) (男 ・ 女)

(ID : _____)

下記の設問で、該当する箇所に☑チェックをつけて下さい。

- 紹介状はありますか？ ある ない
- 健診で異常を指摘されましたか？ はい (検査項目 _____) いいえ
↳ 結果持参 あり なし
- 今までにかかったことがある病気はありますか？
高血圧 腎疾患 ぜんそく 糖尿病 心疾患 その他(_____)
- 現在内服している薬はありますか？ ある ない
- いつ頃からどのような症状でお困りですか？ (服用しているが手帳忘れ)

(_____) 頃から

泌尿器科受診	内科受診	消化器科・肛門科受診
<input type="checkbox"/> 尿がでない <input type="checkbox"/> 尿が勢いよくでない <input type="checkbox"/> 尿をする時に痛い <input type="checkbox"/> 尿に行く回数が増えた <input type="checkbox"/> 尿がもれる <input type="checkbox"/> 尿がにごっている <input type="checkbox"/> 血尿がでる (尿が赤い) <input type="checkbox"/> 残尿感がある <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い <input type="checkbox"/> 膿がでる <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 結石の痛みがある (背部痛) <input type="checkbox"/> ED (自費診療) <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 腎臓の働きが悪い <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> むくみがある <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 風邪の症状がある <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胸部の症状がある <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 肛門の症状 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 脱出 <input type="checkbox"/> 膿が出る <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 便のもれ <input type="checkbox"/> 便の表面に血がつく <input type="checkbox"/> 便の中に血が混ざる <input type="checkbox"/> お腹の症状 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 胃部不快感 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> お腹の張り <input type="checkbox"/> 便秘 (日間に _____ 回) <input type="checkbox"/> 便が出ない (_____ 日間) <input type="checkbox"/> 残便感がある <input type="checkbox"/> その他 (_____)

- 薬や注射で副作用がでたことはありますか？ ある ない
- 現在、妊娠・授乳中ですか？ はい いいえ
- 診察する医師の希望はありますか？ ある (医師名 : _____) ない
- 永山腎泌尿器科クリニックに通院されたことはありますか？ ある ない
- 豊岡内科整形外科クリニックに通院されたことはありますか？ ある ない
- 1か月以内の海外への渡航歴がありますか？ ある (国名 : _____) ない