

# 《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  
(服用しているが手帳忘れ)
- ・ いつ頃からどのような症状でお困りですか？

{ \_\_\_\_\_ } 頃から

泌尿器科受診	内科受診	血管外科受診
<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 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他 { _____ }	<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"/> お腹の症状がある <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <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"/> むくみがある <input type="checkbox"/> 腎臓の働きが悪い <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他 { _____ }	<input type="checkbox"/> 足の症状 <input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> シャント異常 <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