

問 診 表

R 年 月 日 ID:

※お分かりになる範囲内で結構ですので、下記のご記入をお願いします。

ふ り が な		年齢	身長	体重
お 名 前	男・女	才	cm	kg
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
住 所	(〒 -)			
電 話 番 号	自宅 携帯	職 業		

※本日はどのような症状で来院されましたか。

症状	<p>・以下に当てはまるものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>のどの痛み <input type="checkbox"/>咳 <input type="checkbox"/>痰 <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>全身倦怠感 <input type="checkbox"/>動悸 <input type="checkbox"/>息切れ <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>ふらつき <input type="checkbox"/>むくみ <input type="checkbox"/>おしっこのトラブル(尿の回数が多い・尿の勢いが弱い・血尿 排尿時痛・残尿感・尿漏れ・おねしょ) <input type="checkbox"/>男性機能について(男性機能障害[ED]・男性不妊) <input type="checkbox"/>前立腺検査 <input type="checkbox"/>その他()</p>
いつごろから	から
今までに大きな病気や手術を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> その他()
今お薬は飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お薬手帳はお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
薬・食物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※具体的に()
身内の方に次のような病気の方がいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()
当院を知ったきっかけを教えてください	

※女性の方にお聞きします。

現在妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない
現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在生理中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ