

## 問 診 票

ふりがな

氏 名：

生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

住 所： 〒 —

電話番号：( ) —

1. いつ頃からの症状ですか？

2. どんな症状ですか？

( 尿が出にくい、 排尿時に痛む、 血尿がでる、 残尿感がある )

( 尿の回数が多い： 早朝・日中・夜間 回 、尿が我慢できない、尿がもれる )

( おなかが痛む、 腰が痛む )

その他の症状 ( )

3. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

いつ頃？ ( )

どんな病気ですか？ ( )

4. 現在、服薬中の薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )

(はいの場合) それはどんな薬ですか？ ( )

5. アレルギー体質はありますか？ ( はい ・ いいえ )

(はいの場合) ( 蕁麻疹 ・ 花粉症 ・ 気管支喘息 ・ その他： )

6. 今までに、薬で蕁麻疹が出たことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

(はいの場合) それはどんな薬ですか？

(抗生物質・鎮痛剤・降圧剤・胃腸薬・風邪薬・その他： )

(女性の方のみ)

7. 妊娠の可能性はありますか？ ( はい ・ いいえ )

8. 最後の生理はいつまでありましたか？ ( 日前まで )

9. 生理は規則的にありますか？ ( はい ・ いいえ )

医療法人 藤末クリニック