

# 泌尿器科問診票

お名前 ( )

① 今日はどうされましたか？

( )

健康診断で再検査の必要あり

他院より紹介 (紹介状 あり ・ なし )

② それはいつからですか？

( )

③ 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ

(病名: )

④ これまでに手術を受けられたことはありますか？ はい いいえ

(手術: )

⑤ 現在飲んでいる薬はありますか？ はい いいえ

※お薬手帳をご持参の方は受付に提出をお願いします。

(お薬: )

⑥ アレルギーはありますか？ はい いいえ

薬 ( ) 食べ物 ( ) その他 ( )

⑦ アルコールは飲まれますか？ はい いいえ

(ビール 本・日本酒 合・焼酎 杯・その他 杯)

( 毎日 ・ 回/週 )

⑧ タバコは吸われますか？

吸ったことがない

吸う ( 歳～ 本/日)

やめた ( 歳～ 歳まで 本/日)

⑨ 身長体重をご記入ください。

身長 ( cm) 体重 ( kg)

⑩ 女性の方にお伺いします。

● 現在妊娠の可能性はありますか？ ある ない わからない

● 授乳中ですか？ はい いいえ