

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