

初 診 問 診 表

ふりがな
お名前

歳

受診日： 年 月 日

ほとんどの患者さんは診察前に尿検査をお願いします。尿を出さずにお待ち下さい。
トイレに行きたい場合は、スタッフまで声をおかけ下さい。

- 今日どのような相談で来院されましたか（当てはまる症状すべてに☑を入れて下さい）

いつ頃から（ ）

- 頻尿（昼間回数： 回 夜間回数 回）
- 残尿感
- 排尿時痛
- 失禁 トイレに間に合わない・せきをすると漏れる・知らないうちに
- 尿路結石が気になる（結石既往歴：ありなし 症状： ）
- 肉眼的血尿
- 性感染症が心配（症状：膿みでる・性器がかゆい・ぶつぶつができている・その他 ）
- 健診で異常を指摘された（尿潜血・尿たんぱく・腎機能・超音波検査・その他 ）
- PSA 高値を指摘された（数値がわかれば記載してください PSA： ）
- おねしょ・夜尿症の相談（別のアンケート用紙にもご記入いただきます）
- 男性更年期障害が心配（別のアンケート用紙にもご記入いただきます）
- ED 相談（別のアンケート用紙にもご記入いただきます）
- 漢方治療相談（別のアンケート用紙にもご記入いただきます）
- 健康寿命延伸検査希望（AGE 検査・血管年齢・骨年齢・肺年齢・認知症検査・Lox-index）
- その他（ ）

- 薬や食物のアレルギー 無 有（ ）

- 今までにかかった病気あるいは現在治療中の病気はありますか

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 高尿酸血症 狭心症・心筋梗塞 脳梗塞
- 脳出血 悪性腫瘍 緑内障 ぜんそく その他（ ）

- 他院に通院されていますか いいえ はい（医療機関名： ）

お薬手帳を持参されている方は受付に提出してください

- 手術歴 無 有（いつ・病名 ）
- 喫煙歴 無 有（ 本/日）現在も吸っている はい いいえ（禁煙期間 ）
- 飲 酒 無 有（ビール ml/日 日本酒 合/日）
- 現在飲んでいるサプリメントはありますか 無 有（ ）
- 女性の方のみ：現在妊娠していますか（可能性はありますか） はい いいえ

ご協力ありがとうございました。ご不明な点がございましたら、スタッフにおたずねください。
ご記入が済みましたら、スタッフにお渡しください。