



泌尿器科・腎臓内科
いしだクリニック 問診票

フリガナ
お名前

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ 歳 男・女

郵便番号 _____

ご住所 _____

お電話番号 () _____

○どのような症状で来院されましたか？

○いつ頃からその症状はありますか？

○今までに大きな病気、手術をされたことはありますか？（○をつけてください）

- ・ いいえ ・ はい 手術 ()
- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脳血管障害 ・ 尿管結石
- ・ 緑内障 ・ その他 ()

○現在治療中のご病気はありますか？

- ・ いいえ ・ はい ()

○現在飲んでいるお薬はありますか？

- ・ いいえ ・ はい ()

○今までに泌尿器科にかかったことはありますか？

- ・ いいえ ・ はい ()

○今までに薬、注射、食べ物で気分が悪くなったり、じんましんがでたり、アレルギーが
でたことがありますか？

- ・ いいえ ・ はい ()

○女性の方にお尋ねします。（該当するものに○をつけてください）

- ・ 妊娠中 ・ 生理中 ・ 授乳中

○当クリニックを受診されたきっかけは？

紹介 (医者 知人) ホームページ 看板 (駅 道路) タウンページ
広告 その他 ()