

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・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ _____ 歳 男・女

郵便番号 _____

ご住所 _____

お電話番号 携帯 _____ 自宅 (_____) _____

○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
- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脳血管障害 ・ がん ・ 尿管結石
- ・ 緑内障（ 眼科）
- ・ 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？（お薬手帳があれば記入は不要です）

- ・ 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 _____ 先生 知人 _____ 様） ホームページ 看板
- タウンページ ビバニュータウン その他（ ）