

泌尿器科問診票

お名前 _____ 様 男・女 年齢 _____ 才 身長 _____ cm 体重 _____ kg

いつ頃から、どんな症状がでましたか？ 簡単にお書き下さい。

いつ頃から _____

症 状 _____

今までにかかった病気についてご記入下さい。

病名	当時の年齢	手術の有無
_____	_____	有 ・ 無
_____	_____	有 ・ 無
_____	_____	有 ・ 無

あなたの（両親・兄弟姉妹・近い血縁者）に、次のような病気をした方がいましたら をつけて下さい。

結核 糖尿病 がん 高血圧 心臓病 脳卒中 精神病 喘息
アレルギー その他（ _____ ）

・ それはどなたですか？ _____

・ 病気で亡くなられた方はいますか？ それはどなたですか？

アレルギーはありますか？

薬・・・有・無 どのような薬ですか？ _____

食物・・・有・無 どのような食物ですか？ _____

女性の方にお聞きします。

現在、妊娠は？ している（ _____ ヶ月）・ していない ・ わからない

授乳は？ している ・ していない

* ご記入が終わりましたら受付にお出し下さい。

篠原Kクリニック