

問 診 票 (皮膚科・外科・腎泌尿器外科)

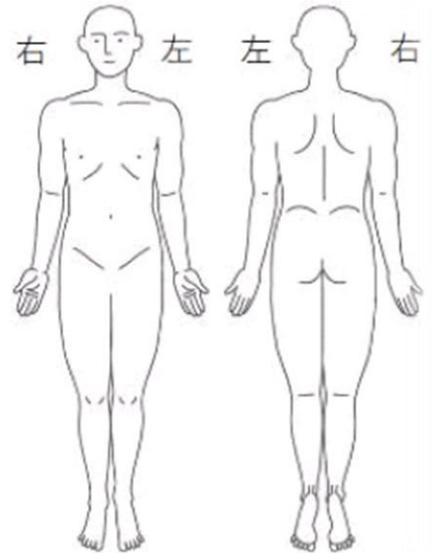
受診日 年 月 日

お名前 _____ 様 性別：男 ・ 女 年齢 (_____ 才)

1. 本日はどうされましたか？症状をお教えてください。

皮膚科・外科

- ・ かゆい・赤い・ぶつぶつ・蕁麻疹・水虫・タコ・ウオノメ
- ・ いぼ・にきび・湿疹・かぶれ・できもの・かさぶた・かさかさ
- ・ じゅくじゅく・やけど・床ずれ・しこり・膿・肛門痛・肛門出血
- ・ その他 (_____)



腎泌尿器外科

- ・ 排尿時痛・尿漏れ・頻尿・血尿・残尿感・尿が出づらい
- ・ その他 (_____)

2. それはいつ頃からですか？

_____ 月 _____ 日頃から

3. そのために薬を使いましたか？

- ・ はい (お薬名： _____)
- ・ いいえ

4. 現在、他院でもらって飲んでいる薬がありますか？

- ・ いいえ ・ はい (お薬名： _____)
- ・ お薬手帳持参あり

5. 現在、治療中の病気があれば○をつけて下さい。

- ・ 特になし ・ 脳疾患 ・ 肝臓病 ・ 膠原病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 甲状腺
- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 胃潰瘍 ・ 精神疾患 ・ 肺疾患
- ・ 悪性腫瘍 (部位： _____) ・ その他 (_____)

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹や気分不良など)を起こしたことがありますか？

- ・ いいえ ・ はい (薬・食べ物の名前： _____)

7. お酒は飲みますか？

- ・ 飲まない ・ 飲む (種類・量： _____)

8. タバコは吸われますか？

- ・ 吸わない ・ 吸う (1日 _____ 本) ・ 今は吸っていない
- (_____ 才~) (_____ 才~ _____ 才まで喫煙、1日 _____ 本)

11. (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- ・ いいえ ・ はい (・ 妊娠中 _____ 週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中)

●最終月経 年 月 日 _____ 日間