

問診表

この予診は、少しでも効率よく患者様を診させていただくために行っています。
無駄な時間、検査を避ける意味で正確にご記入お願いいたします。

ふりがな
氏名

男・女

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

住 所 市 区 町 番 号

電話番号 () -

(携帯電話) - -

勤務先 ・無職 ・主婦 ・学生

勤務先電話番号() -

領収書発行 ・毎回発行 ・月末締め発行 ・年末締め発行

・毎回不要 ※領収書発行に関しまして、再発行は致しませんのでご了承ください

① 受診希望科 内科 泌尿器科 リハビリ ED AGA

② 現在の病気に関して→
いつ頃から

どのような症状

●本日最終排尿時刻→ AM PM 時 分ごろ

現在 熱→ (度) 痛み→ あり・なし かゆみ→ あり・なし

③ 過去に大きな病気をされたことがありますか？

いいえ

はい→ 病名() いつ頃()

④ 過去に手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい→ 病名() いつ頃()

⑤ 家族親類に今回と同じ症状病気の方がいらっしゃいますか？

はい いいえ

⑥ 現在服用している薬はありますか？

はい → 薬剤手帳をお持ちの方は受付時にご提示ください

いいえ

⑦ 今まで薬のアレルギーと思われる症状がでたことがありますか？

いいえ

はい→ 薬剤名() 症状()

⑧ 女性の方に質問です。妊娠されていますか？ はい (月) いいえ

⑨ 1か月以内に海外渡航歴がありますか？ はい (国名) いいえ

最後に当院をどのようにお知りになったか教えてください

紹介 → 知人(様より) 他院(先生より)

看板広告 → アストラムライン車内 ・ アストラムライン駅

電話帳 → タウンページ ・ テレ&パル 町内案内地図

インターネット → iタウンページ ・ 医療専門サイトHP ・ 製薬メーカーHP

★緊急連絡先(- -) 続柄()