



受付日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当院を初めて受診される方、お久しぶりの方は、問診票のご記入をお願いします。  
お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。

フリガナ	
氏名	男性 ・ 女性
生年月日	昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)
住所 〒	
	電話番号 ( _____ ) _____

1. どのような症状でお困りですか？ 該当するものに○をつけて下さい（複数可）。

- (ア) 頻尿（尿の回数が多い） （昼のみ ・ 夜のみ ・ 昼も夜も）
- (イ) 排尿時痛
- (ウ) 残尿感
- (エ) 尿の勢いが悪い 尿の切れが悪い
- (オ) 尿漏れ （咳・くしゃみで ・ 尿が我慢できずに ・ 排尿後に）
- (カ) 下腹部痛 ・ 背部痛 ・ 腰痛 ※枠内の方は別紙の排尿チェックシートもご記入ください
- (キ) 血尿 （下着に血が付いた 尿の色がおかしい）
- (ク) 検査で異常を指摘された （尿潜血・タンパク尿・PSA 高値・結石・その他）
- (ケ) おねしょ
- (コ) 包茎
- (サ) 睾丸が腫れている
- (シ) 性感染症が心配
- (ス) ED（勃起不全）治療希望
- (セ) 上記以外の症状 ( \_\_\_\_\_ )

2 症状が出たのは いつ頃からですか？

（なるべく具体的に 例：○日前から〇〇です。 ○月○日頃より〇〇です。）

( \_\_\_\_\_ )

裏面もご記入下さい

3. 現在、治療中の病気がありますか？ **ない**  
**ある** 高血圧・糖尿病・高脂血症・その他（ )

通院先の病院名をご記入下さい（ .....  
病院  
診療所・医院  
クリニック .....科)

4. 現在、服用されているお薬はありますか？ **ない**

**ある** お薬手帳をお持ちの方はご提出下さい  
お持ちでない方は以下に薬剤名をお書きください

( .....  
.....  
..... )

5. これまでにかかった病気や手術はありますか？ **ない**

**ある** 記入例：〇〇才で〇〇の手術

( .....  
.....  
..... )

6. 薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？

薬 : **ない** ・ **ある** ( )  
食べ物 : **ない** ・ **ある** ( )  
その他 : **ない** ・ **ある** ( )

7. おわかりになる範囲でお答えください。

(ア) タバコ 1日に \_\_\_\_\_ 本 ・ 吸わない  
(イ) お酒 一日に(何を) \_\_\_\_\_ をどれくらい \_\_\_\_\_ ・ 飲まない  
(ウ) (女性の方) 現在妊娠していますか はい ・ いいえ  
(エ) (女性の方) 生理中ですか はい ・ いいえ

8. 当院をどのようにして知りましたか？当てはまる内容にチェック✓をお願いします。

当院ホームページ（ネット検索）  SNS  広告(チラシ)  
 知人や家族からの紹介  他施設からの紹介（施設名： \_\_\_\_\_ )  
 その他( )

9. (男性の方) 前立腺癌検査 [採血によるPSA測定] のご希望はありますか？

ある  ない

ご記入ありがとうございました