

泌尿器科受診メモ（問診票）

令和 年 月 日受診

※ 以下の項目は診療に必要です。記載された内容が無断で第三者に提供することはありません。

ふりがな	男 ・ 女	生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日生まれ	
お名前		被保険者【世帯主】との続柄	
ご住所 〒		電話番号	
		携帯番号	

◆ どんな症状がありますか？

◆ いつ頃からその症状がありますか？

◆ 今までに泌尿器科にかかったことがありますか？ はい ・ いいえ

◆ 「はい」の方・・・そのときはどんな症状でかかりましたか？

◆ 今までに大きな病気・けが・手術などをしたことがありますか？ はい ・ いいえ

◆ 「はい」の方・・・いつ頃ですか（ ）
どんなことですか（ ）

◆ 現在、通院治療中の病気や飲んでいるお薬（常備薬を含む）があれば、ご記入ください

◆ お薬や注射で副作用があったことがありますか？また、食物にアレルギーありますか？

◆ 女性の方にお聞きします。

現在妊娠中、または妊娠の可能性ありますか はい ・ いいえ ・ 不明

現在生理中ですか はい ・ いいえ

※ プリントアウトして、ご来院時に受付にお渡し下さい