

年 月 日

## 北村クリニック 泌尿器科一般 問診票

フリガナ			
氏名	性別 ( 男 ・ 女 )	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
住所 (〒 - )			
電話番号	- -	携帯番号	- -
緊急連絡先	- -	( さま )	
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 通りがかり	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 医院の紹介 ( )
	<input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> 仕事場が近く	<input type="checkbox"/> その他 ( )

### ■現在の症状について (複数チェック可能です)

- 血尿     残尿感     排尿時の痛み     尿が出にくい     頻尿     尿がもれる  
 腰部背部に痛みがある     陰囊の腫れ     陰囊の痛み     外性器の異常  
 検診で尿検査異常     前立腺がん検診での異常     腎臓の異常     夜尿症  
 包茎の問題  
 その他 ( )

### ■いままでかかった病気について

- 心臓病     脳血管の病気     神経の病     心の病気     呼吸器の疾患  
 胃腸の病気     耳鼻科の病気     婦人科の病気     皮膚科の病気  
その他具体的に ( )

### ■アレルギーについて

体にあわないお薬や食べ物はありますか? (ある ・ ない)  
ある場合、具体的に ( )

### ■その他のご要望について

ご記載お疲れ様でした。

お薬手帳・紹介状は忘れずに診察時に、持参してください。