

# 問診票

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 丁目 番 号

携帯電話 ( ) - 自宅電話 ( ) -

領収書発行 ・毎回発行 ・月末締め発行 ・年末締め発行

(明細書含む) ・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 本日の病気(症状)に関して→  
いつ頃から

どのような症状ですか

●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 ( か月) いいえ

★ 本日当院提携駐車場をご利用ですか 駐車証明書は発行されましたか はい いいえ

診察終了までに駐車証明書は受付にご提示ください

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

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( )

※注意 今現在はマイナンバーカードのみの診療受け付けはできません。  
毎回診察券の提示は必要になります。