

泌尿器科問診票

平成 年 月 日

フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日(明治・大正・昭和・平成)	年	月	日	歳
住所(〒 -)				
電話番号	() -	緊急連絡先	() -	

※ いつ頃から ()

◆どのような症状がありますか チェックしてください

- () 尿の回数が多い 昼間 _____ 回 夜間 _____ 回
- () 尿が漏れる パット使用 (なし ・ あり)
- () 排尿時に痛みがある
- () 残尿感がある
- () 尿が出にくい 時間がかかる 勢いが弱い
- () 尿に血が混じる
- () 健診で異常があった (PSA ・ 尿潜血 ・ その他 _____)
- () 結石があると言われたことがある (膀胱 ・ 尿管 左/右 両側)
- () 痛みがある 左/右 (わき腹 ・ 下腹部 ・ 腰 ・ 背中 ・ その他)
- () 睾丸 左/右 (腫れている ・ 水が溜まっている)
- () ペニス (膿がでる ・ 包茎)
- () おねしょ
- () 勃起障害 不妊の相談
- () その他 具体的に書いてください _____

◆今回と同じ症状で他の病院を受診されましたか いいえ ・ はい
 はいの方は いつ _____ 病院名 ()

◆現在飲んでいる薬はありますか ない ・ ある ※薬手帳を医師にお見せ下さい

◆現在、通院中の医療機関はありますか ない ・ ある

◆現在、サプリメントなど健康食品をのんでいますか ない ・ ある

◆今までに大きな病気をしたことがありますか (手術を含めて) ない ・ ある
 (病名 _____ 歳 治療内容 _____)

◆アレルギーはありますか

薬物 ない ・ ある (薬品名 _____)

食物 ない ・ ある (食物名 _____)

★女性のみ 現在 (月経中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中)

■ 当院をどのように知りましたか?
 インターネット・広告・看板・紹介(家族・知人・他医院)・近所・通りがかり・その他 ()
 ホームページはご覧になりましたか? はい ・ いいえ