

問診票(泌尿器科)

★初診の患者さんへ

尿検査をする場合がありますので、排尿せずお待ちください。
(トイレに行きたい場合は、スタッフまでお知らせください。)

フリガナ

お名前

性別 男・女

年齢 才

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日

住 所 (〒 -)

電話番号

携帯電話

本日どのような症状で来院されましたか？

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| ① 尿が出にくい・出ない | ⑨ 尿に血が混じる |
| ② 尿が残った感じがする | ⑩ 陰部の異常 (かゆみ・腫れ・痛み) |
| ③ 尿がでるときに痛みがある | ⑪ 男性外来 (不妊治療) |
| ④ 下腹部に痛みや違和感がある | ⑫ 男性外来 (性機能) |
| ⑤ 尿の回数が多い (日中 回 夜間 回) | ⑬ 性病検査 |
| ⑥ 尿がもれる | ⑭ 男性更年期障害 |
| ⑦ 熱がある (°C) | ⑮ 夜尿症 (おねしょ) |
| ⑧ 背中や腰に痛みがある | ⑯ その他 () |

上記の症状は何日前頃からありましたか？ ()

今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

脳卒中 糖尿病 頸椎・腰椎疾患 高血圧 心筋梗塞・狭心症 緑内障 悪性腫瘍
その他疾患 ()

今まで入院歴・手術歴があればお書きください。

()

現在飲んでいる薬はありますか？ ある なし (お薬手帳お持ちの方はご提示ください)

()

薬や食物のアレルギーはありますか？ ある なし

(食物 薬 その他)

(女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

診察に対するご希望があればご記入ください。