



< 泌尿器科 問診票 >

受付時間 : サイン

患者様へ

受付後尿検査をする場合がありますので、排尿せずにお待ちください。トイレに行きたい場合はお知らせください。

	フリガナ		年	月	日
ID	名前	年齢	歳	男	女
1 いつ頃からどのような症状でお困りですか? 【体温: . °C】					
1) いつ頃から					
今日 昨日 3日前位 1週間前 2週間前 1ヶ月前 1ヶ月以上前 その他 ()					
2) どのような症状で (当てはまるものに○をつけて下さい)					
尿が出にくい 尿に行く回数が多い(日中・夜間) 尿に血が混じっている 尿が濁っている 尿が漏れる					
排尿(する時・した時)に痛みがある 残尿感がある 痛みがある(下腹部・腰部・背部) ED治療希望					
健診で異常を指摘された ()					
その他に気になる症状をお書き下さい ()					
3) 排尿回数: 日中 _____ 回 寝ている間 _____ 回					
4) その症状の為に診察・検査を受けられた病院はありますか? (はい・いいえ)					
①いつ頃: _____ 病院名: _____ 病名: _____					
②薬を服用していますか? (はい・いいえ) _____					
5) 身長【 _____ cm】 体重【 _____ kg】 (最近 カ月で _____ kg程度 増えた ・ 減った)					
2) 1) 現在、治療中の病気や他に通院している病院・クリニックはありますか? 【はい ・ いいえ】					
はいの方 (病名・病院名: _____)					
2) 現在、内服中のお薬はありますか? 【はい・いいえ】 (漢方薬、サプリ、健康食品もあればご記入下さい)					
はいの方 (手帳: あり・なし)					
3) 今まで以下の病気にかかったことはありますか? 【はい ・ いいえ】					
緑内障 高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 気管支喘息 不整脈・心臓病 脳梗塞 脳出血					
腎臓病 肝臓病 胃潰瘍 がん(部位 _____) リウマチ 貧血 その他(_____)					
4) 今までに手術を受けたことがありますか? 【はい ・ いいえ】					
はいの方 (_____ 歳 : 部位 _____)					
5) 今まで薬や食べ物で、発熱・発疹・皮膚が赤くなるなどの症状が出たことはありますか? 【はい・いいえ】					
はいの方 薬(_____) 食物(_____)					
6) 女性の方にお聞きします。					
妊娠中ですか? または、現在、妊娠している可能性はありますか? 【はい・いいえ】 妊娠中の方 (第 _____ 週)					
最終月経 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 妊娠歴 (_____ 回) 出産歴 (_____ 回)					
7) その他に何かありましたら遠慮なくお書きください					

ご記入頂き、ありがとうございました。受付スタッフにお渡し下さい。