

# 泌尿器科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	( 男 ・ 女 )	年 月 日 ( 歳 )	
TEL		現在の体温	℃

■ 本日の症状

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい          | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い         | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い (日中・夜間・終日) |
| <input type="checkbox"/> 尿が赤い            | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる           | <input type="checkbox"/> 尿をした後 (する時) 痛みがある  |
| <input type="checkbox"/> 下腹が痛い ( 左 ・ 右 ) | <input type="checkbox"/> 尿がにごっている        | <input type="checkbox"/> 我慢しづらい尿意がある        |
| <input type="checkbox"/> 陰部が痛い           | <input type="checkbox"/> 背中が痛い ( 左 ・ 右 ) | <input type="checkbox"/> 陰茎が痛い              |
| <input type="checkbox"/> 精巣が痛い           | <input type="checkbox"/> 精巣が腫れている        | <input type="checkbox"/> 精液に血が混じる           |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )         |  |   |

■ いつ頃からですか

年 月 日頃から

■ 現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ (内服ありの方は診察時お薬手帳をお出してください)

なし      あり

病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_

お薬の名前： \_\_\_\_\_

■ 今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？      はい      いいえ

\_\_\_\_\_ 歳      病名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_      通院      入院      手術

\_\_\_\_\_ 歳      病名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_      通院      入院      手術

■ お薬や食品でアレルギーはありますか？ ■ ほかにアレルギーはありますか？

なし      あり (      )      なし      あり (      )

■ たばこを吸いますか

吸う      \_\_\_\_\_ 本/日      \_\_\_\_\_ 年間      ・ 以前吸っていた      \_\_\_\_\_ 本/日      \_\_\_\_\_ 歳頃 ~      \_\_\_\_\_ 歳頃      \_\_\_\_\_ 年間

吸わない      ・ 周囲にたばこを吸う人がいる

■ お酒は飲みますか

飲む      何を (      )      ・ どのくらい (      ) /日

飲まない

■ <女性の方のみ> 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠 :      はい      いいえ      可能性あり      妊娠中の方 → (      ) ヶ月

授乳 :      はい      いいえ

■ その他、お気付きのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。