

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

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

※他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は事前に窓口へお持ちください

■ 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

- 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします
その他、お気づ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。