

泌尿器科問診表

ID		日付	平成 年 月 日
氏名	生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
	年齢	歳	性別 男・女

※該当する項目にチェック印をつけてください。

(1) 本日泌尿器科を受診されたのはどうしてですか？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 紹介があった | <input type="checkbox"/> 腫れている (右・左)(腰部・腹部・陰部・その他) |
| <input type="checkbox"/> 痛みがある (右・左)(腰部・腹部・背部・陰部・排尿時・その他) | |
| <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる (尿潜血・肉眼的) |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿がもれる (キレが悪い・腹圧・切迫性) |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 残尿感がある |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

(2) それはいつからですか？

[]

(3) 今までに手術・病気をされた事がありますか？ (はい ・ いいえ)

- | | | |
|---------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | [] |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 目の病気(緑内障など) | [] |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈) | |
| <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 腎・尿管結石 | <input type="checkbox"/> 手術 [] | |

(4) 現在お薬を飲んでおられますか？ (はい [当院のみ ・ 他院より] ・ いいえ)

他院より頂いたお薬の名前、あるいは何に対するお薬が分かればお書き下さい。

[]

(5) お薬や食べ物でアレルギーを起こされた事がありますか？ (はい ・ いいえ)

[]

(6) しこう品についてお伺いします。 たばこ (吸う [本/日] ・ 吸わない)

(7) 女性の方へ

- ・ 妊娠について(妊娠中(予定日 年 月 日) ・ 妊娠の可能性が ある ・ ない ・ わからない)
- ・ 前回の月経はいつからいつまでですか？ (月 日 ~ 月 日 ・ 閉経後)

(8) 本日はご家族と一緒に来院されましたか？ (はい ・ いいえ)

ご記入ありがとうございました。