

# 泌尿器科問診表

ID		日付	令和	年	月	日
氏名		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"/> 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か分かれればお書き下さい。

[ ]

(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) この1ヶ月間に海外へ行かれたか？ ( はい ・ 場所: 帰国日 / ・ いいえ )

(8) 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 )

(9) 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。

診 療 申 込 書		受診日 令和 年 月 日	
ふりがな		性 別	旧 姓
氏 名	姓 名	男 ・ 女	
生年月日	M T S H R 年 月 日	年齢	歳
現 住 所	〒 —		
	ふりがな 都 道 市 府 県		
連絡先① ( )	— —	連絡先② ( )	— —
病院使用欄 ID		※連絡先が、本人以外に繋がる場合は、 関係を( )内に記載をお願いします。	

-----