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？

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

☐ 喘息　☐ 腎臓病　☐ その他
☐ 糖尿病　☐ 肝臓病　［　　］
☐ 脳梗塞　☐ 目の病気（緑内障など）
☐ 高血圧　☐ 心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈）
☐ 痛風　☐ 甲状腺疾患
☐ 腎・尿管結石　☐ 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はありますか？ （ 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。

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 府 県　　市			
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(　　)内に記載お願いします。