

泌尿器科問診表

【名前】

記入日； 年 月 日

I どのような症状でいらっしゃいましたか？該当する項目にチェック□を付けて下さい。

本日の受診理由

- | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿の回数がいつもより多い | <input type="checkbox"/> 血尿がでる | | |
| <input type="checkbox"/> 夜間の尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 腰部痛・背部痛がある | | |
| <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 尿に膿（うみ）が混じる | | |
| <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い | <input type="checkbox"/> 尿が濁っている | | |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる | <input type="checkbox"/> トイレが間に合わない | |
| <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある | <input type="checkbox"/> ED | <input type="checkbox"/> 包茎 | <input type="checkbox"/> 夜尿症 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断の二次検査（尿潜血±・+・2+・3+・尿蛋白 | | P S A高値 | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

◆上記の症状はいつからですか？ 年 月 日 頃から

◆上記の症状で他の病院に行きましたか？ はい いいえ

いつ（ ）どこに（ ）

内容（ ）

II 定期的に診察を受けている疾患はありますか？どちらの医療機関にかかっていますか
ない ある（ ）

◆いつも服用されているお薬はありますか？

*お薬手帳を持参の方は問診表と一緒に提出して下さい。

ない ある（内容： ）

◆血がとまりにくくなる薬を飲んでいますか？（バイアスピリン・ワーファリンなど）

飲んでいない 飲んでいる（内容 ）

III 今までに入院したことや、手術を受けられたことはありますか？また何歳頃ですか？

ない ある 『

』

IV アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど）
ない ある（ ）

V 生活習慣についておたずねします

◆タバコ 吸わない 吸う（一日 本 年間 やめた 年前）

◆アルコール 飲まない 飲む ①種類（ ）を

②毎日・週に数回・月に数回・付き合い程度で

③量は _____ ぐらい

VI 女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠の可能性はありますか？（ある ない わからない）

最終月経 月 日