

泌尿器科問診票

【名前

】記入日；

年

月

日

1 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

☐尿の回数がいつもより多い

☐血尿がでる

☐夜間の尿の回数が多い

☐腰部痛・背部痛がある

☐残尿感がある

☐尿に膿（うみ）が混じる

☐尿の勢いが弱い

☐尿が濁っている

☐尿が出にくい

☐尿が漏れる ☐トイレが間に合わない

☐排尿時に痛みがある

☐ED

☐包茎

☐夜尿症

☐健康診断の二次検査（尿潜血±・＋・2＋・3＋・尿蛋白 P S A高値 ）

☐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（ ）

2 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服用されてますか？（バイアスピリン・ワーファリンなど）

ない ある（内容： ）

3 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 { }

4 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（ ）

5 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 くらい

6 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

現在、授乳中 （ はい ：産後 年 か月）

現在、ピル・女性ホルモンを服用されていますか？（はい：内容 ）

→裏面もあります

