

泌尿器科 問診票

診療日

令和 年 月 日

医師記入欄

氏名() 年齢() 男・女

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

以下の設問に分かる範囲でお答えください。

①本日はどのような症状でご来院されましたか？ ○をつけてください

- 1)尿に血が混じる 2)尿漏れがある 3)尿が出にくい
4)排尿時にしみたり、痛む 5)残尿感がある
6)排尿回数が多い(昼 回、夜 回、就寝後 回)
7)腰が痛い 8)わき腹が痛い 9)勃起不全(ED) **【会計は自費になります】**
10)その他()

②その症状はいつからですか？

③入院した経験はありますか？ 入院された時の病名は何ですか？

あり・なし 病名()

④現在、治療中の病気がありますか？ (例:高血圧・糖尿病など)

あり・なし 病名()

⑤現在、服用しているお薬がありますか？

あり・なし ※ありの場合、お薬の名前が分かる方はお書きください。
()

⑥血をサラサラにするお薬を服用していますか？

はい・いいえ ※はいの場合、お薬の名前が分かる方はお書きください。
()

⑦アレルギーがありますか？ はい・いいえ

⑧今までに検査時に使用したお薬で異常を認めた事がありますか？

はい・いいえ ※はいの場合、検査の種類が分かる方はお書きください。
()

⑨悪性の病気だった場合、告知を望まれますか？ はい・いいえ

⑩女性のみお答えください。

1)妊娠中ですか？ はい・いいえ 「はい」の方→ 妊娠週数____週____日

2)授乳中ですか？ はい・いいえ 3)月経は順調ですか？ 順調・不順