

泌尿器科問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	
身長	cm	体重	kg
喫煙されますか？	いいえ ・ はい (一日 本)		
お酒はのみますか？	いいえ ・ はい (一日 杯)		
お薬手帳はお持ちですか？	はい ・ いいえ	職業	
紹介元の医療機関	医療機関() 医師()		
1・本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？			
2・いつ頃からどういう症状がありますか？あてはまる症状があれば○を付けてください。 ・いつ頃から() ・排尿時の痛み ・尿の回数が多い(昼 回、夜 回) ・尿が出づらい ・尿の勢いが悪い ・尿の色が赤い・尿が残った感じがする ・下腹部の不快感 ・熱がある ・腰痛 ・男性機能の異常 ・精液に血が混じる ・精巣の異常 ・尿漏れ(トイレに間に合わない ・ 咳などので漏れる) ・その他() ・検査希望() ・医師に直接相談する			
3・今までにかかった病気がありますか？現在、通院されていますか？			
4・現在服用している薬はありますか？どの医療機関で処方を受けていますか？			
5・今までに手術をした経験はありますか？ ()年()、()年()			
6・薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ある場合は記入してください。 薬() 食べ物()			
7・女性の方のみお答えください。 妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい(週目) 授乳中ですか？ いいえ・はい			
8・その他(特に伝えたいことがあったらご記入下さい)			

ご協力ありがとうございました。お薬手帳をお持ちの方は、受付にお渡してください。

おかけになって、お呼びするまでしばらくお待ちください。気分の悪い方は受付までお申し出ください。