

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 | |
| 当院を知ったきっかけ | 知人の紹介・他院で勧められた・ホームページ・看板・その他() | | |
| 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？ | | | |
| 4・現在服用している薬はありますか？お持ちであれば、お薬手帳もお借りしたいです。 | | | |
| 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。