

泌尿器科外来問診票 (1)

フリガナ

検温 : _____℃

お名前 : _____ (男 ・ 女 ・ その他)

生年月日 : 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 年齢 : _____歳

住所 : 〒 _____

自宅 : _____ 携帯 : _____

初診の患者様は尿検査をする場合がありますので、排尿をせずお待ちください。

お手洗いに行かれる場合は、スタッフまでお知らせください。

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。現在の症状について当てはまるものすべてに☑をつけてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる |
| <input type="checkbox"/> 尿が出るときに痛みがある | <input type="checkbox"/> 下腹部に嫌な感じがある |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い (日中 夜間) | <input type="checkbox"/> 側腹部・下腹部に痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 尿が残った感じがする | <input type="checkbox"/> 熱がある (_____℃) |
| <input type="checkbox"/> 尿が漏れる | <input type="checkbox"/> 男性外来 (不妊・性功能) |
| <input type="checkbox"/> 夜尿症 | |
| <input type="checkbox"/> 検査所見異常 (内容 : _____) | |
| <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (病院名 : _____) | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

2. いつ頃から症状がありますか。

年 月 日

3. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、☑をつけてください。

- 高血圧 糖尿病 喘息 肺炎 結核 腎臓病 肝臓病
 心臓病 不整脈 脳梗塞 その他 (_____)

裏に続きます

泌尿器科外来問診票 (2)

4. 今までに大きな病気や手術を受けられたことはありますか。

はい ・ いいえ 病名または手術名 ()

5. 現在服用している薬はありますか。

はい ・ いいえ 薬の名前 ()

6. アレルギー体質はありますか。

はい ・ いいえ 何のアレルギーですか ()

7. タバコは吸いますか。お酒は飲みますか。

タバコ : はい ・ いいえ (本数 日)

お酒 : はい ・ いいえ

8. (女性の方) 妊娠の可能性はありますか。

はい ・ いいえ ・ 分からない

9. 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。当てはまるものに☑をつけてください。

近所に在住 勤務先が近い ホームページ 入口の表示を見て

パンフレット・チラシ 家族の紹介 知人の紹介 他院の紹介

その他 ()

ご協力頂きありがとうございました