

## 泌尿器科外来問診票 (1)

検温 : \_\_\_\_\_℃

フリガナ

お名前 : \_\_\_\_\_ (男・女・その他)

生年月日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 年齢 : \_\_\_\_\_歳

住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

自宅 : \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

勤務先 : \_\_\_\_\_ 勤務先 TEL : \_\_\_\_\_

診察前に尿検査がございますので、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

SNS  その他 ( )

ご協力頂きありがとうございました