

泌尿器科問診票

ID _____

フリガナ： _____

お名前： _____ (男・女) 年齢 _____ 職業 _____

生年月日：大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所：〒 _____

電話番号： _____ (_____)

緊急連絡先： _____ (_____) 続柄 (_____)

身長： _____ cm 体重： _____ kg

1. 本日、ご相談になりたい内容についてご記入ください。

- 尿が近い 尿がもれる 尿が我慢できない、漏れそうになる
夜間の排尿回数が多い 尿が出にくい 残尿感がある 排尿時に痛みがある
尿道から膿が出る 尿が濁っている 高熱がでる 血尿が出る
痛みがでる (部位： _____) 性器の異常 (_____)
その他 (_____)

2. いつ頃からお気づきになりましたか。

(_____ 日前・ _____ 月前 _____ 年前)

3. 一日の尿回数は何回ですか。

昼間 (活動している間) _____ 回・夜間就寝中 _____ 回

4. 過去に泌尿器科を受診されたことがありますか。

いいえ ・ はい

5. 現病歴 (現在治療中の病気) _____ あり ・ _____ なし

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病
尿路結石 婦人科疾患 甲状腺疾患 骨粗鬆症
結核 がん その他 (_____)

6. 既往歴 (今までかかったことのある病気) や手術はありますか？

(_____)

8. 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (_____)

9. 生活習慣についてご記入ください。

- ・喫煙 なし ・ あり (1日 _____ 本)
・アルコール なし ・ あり (1日 _____ ml)