

泌尿器科問診表

ID: _____

《 初めての方 / 過去に当院の診察を受けられた方 》 ※どちらかに○で囲んで下さい。

住所 〒 _____ - _____	ふりがな 氏名
電話番号(_____) - _____ 男/女	生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

①どのような症状がありますか？○で囲んで下さい。

- いつ頃から (_____)
- ・尿の回数が多い 昼間(起きている時) _____ 回 夜間(就寝から起床まで) _____ 回
 - ・尿がもれる パット使用(なし ・ あり)
 - ・排尿時痛みがある
 - ・残尿感がある
 - ・尿が出にくい ・ 時間がかかる ・ 勢いが弱い
 - ・尿に血が混じる ・ 精子に血が混じる
 - ・痛みがある 右 ・ 左 (わき腹 ・ 下腹部 ・ 腰 ・ 背中 ・ その他 _____)
 - ・結石と言われたことがある 右 ・ 左 ・ 両側 (膀胱 ・ 尿管 ・ 腎臓 _____ 年前)
 - ・健診で異常があった (PSA高値 ・ 尿潜血 ・ その他 _____)
 - ・睾丸 右 ・ 左 (腫れている ・ 水が溜まっている ・ 痛みがある _____)
 - ・ペニス (腫れている ・ 膿がでる ・ 包茎 ・ その他 _____)
 - ・おねしょ ・ 性病検査希望 ・ 男性更年期障害 ・ 男性不妊症 ・ 勃起不全(自費診療)
 - ・その他 _____)

②どこかに受診されましたか？ または他の症状等で医療機関へ通院中ですか？

(受診していない ・ 受診した ・ 通院中:医療機関名 _____)

③現在飲んでいる(使用している)お薬があればお書きください(他の医療機関で処方されたもの、市販薬等)

(_____)

④これから受ける診察について、ご希望やご意見ありましたらお書きください(お薬や検査の希望など)

(_____)

⑤今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

(ない ・ ある : _____)

⑥薬や注射などのアレルギーはありますか？

(ない ・ ある : _____)

⑦ たばこ : 現在吸っている (_____ 本/日, 喫煙歴 _____ 年)
過去に吸っていた ・ 吸ったことがない

⑧お酒 : 飲まない ・ 飲む ・ 機会飲酒
(一週間に _____ 回, 一ヶ月に _____ 回, 一回の量 _____)

⑨過去1年間に海外へいきましたか？

行かない ・ 行った (いつ _____ どこへ _____)

⑩女性の方へ 現在、妊娠または授乳中ですか？

いいえ ・ はい ・ 不明 (妊娠 _____ ヶ月 ・ 授乳中 _____)

⑪当院をどのように知りましたか？

(知人 ・ 家族 ・ 他院からの紹介 ・ 看板 ・ ホームページ ・ フェイスブック ・ タウンページ ・ その他)