

泌尿器科問診票

日付:

カルテNo.:

フリガナ		男・女	生年月日	1明治・2大正・3昭和・4平成・5令和 年 月 日(歳)
氏名				
住所	(〒 -)	電話番号	自宅() - 携帯() - 続柄()	

*尿検査をする場合があるため、トイレに行かずお待ちください。

我慢できない場合は受付または看護師にお申し出ください。

(体温: °C)

1.どのような症状でお困りですか?該当するものに○を付けてください(複数可)

- (ア) 頻尿(尿の回数が多い) (昼間のみ ・ 夜のみ ・ 昼も夜も)
 (イ) 排尿時痛 残尿感
 (ウ) 尿の勢いが悪い 尿の切れが悪い
 (エ) 尿失禁 尿が漏れる(咳、くしゃみで ・ 尿が我慢できずに ・ 排尿後に)
 (オ) 下腹部痛 背部痛 腰痛
 (カ) 血尿が出た 下着に血が付いた 尿の色がおかしい
 (キ) 検査で異常を指摘された(尿潜血 ・ タンパク尿 ・ P S A値高値 ・ 結石 ・ その他)
 (ク) 性感染症が心配
 (ケ) 精巣や陰のうが腫れている
 (コ) ED治療
 (サ) 上記以外の症状()

2.症状が出たのはいつ頃からですか?

(なるべく具体的に 例:○日前からです。○月○日頃より○○です。)

()

3.現在、他院で治療中のご病気はありますか?

・ない ・ある 病名:

4.現在、他院で処方されているお薬がありますか?

・ない ・ある

※お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちでない方はお申し付けください。

5.薬や食べ物に対するアレルギーがありますか?

・ない ・ある 食べ物や薬の種類:

6.嗜好品について

タバコを吸いますか? いいえ・はい 本/日くらい

お酒を飲みますか? いいえ・はい 日本酒 合/日 ・ビール ml/日 ・焼酎 杯/日

7.女性の方にお伺いします。現在妊娠中や授乳中、又は妊娠の可能性はありますか?

・ない ・ある

8.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか?

・はい ・いいえ

9.他の医療機関からの紹介状をお持ちですか?

・はい ・いいえ

10.これまでに大きな病気にかかったことはありますか?

・はい ・いいえ

はいの方はご記入願います。(病名、時期、医療機関名、治療内容などわかる範囲で記載してください。)

--

11.当院は基本的にお名前でお呼びいたします、何かございましたらお申し付けください。

(個人情報保護法施行のため)

12.当院は診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得、活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。