泌尿器科問診票

年　月　日

ID　　氏名　　男　女　年齢

◆どのような症状がありますか

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 ＿＿＿cc 用 ）

（　　）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

（　　）痛みがある　右　左　（ わき腹　下腹部　腰　背中　その他　　）

（　　）結石があると言われたことがある　膀胱　尿管　右　左　両側　（　　年前）

（　　）健診で異常があった　（ ＰＳＡ高値　尿潜血　その他 ）

（　　）睾丸　（腫れている　水が溜まっている　右　左）

（　　）ペニス　（膿がでる　包茎）

（　　）おねしょ

（　　）その他　具体的に書いてください

◆今回の病気で他の病院を受診されましたか　いいえ　はい

はいの方　いつ　病院名

薬を処方されましたか　いいえ　はい　（　　）

◆現在、通院中の医療機関はありますか　ない　ある　（　　）

◆現在、飲んでいる薬はありますか　ない　ある　（　　）

◆現在、サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか　ない　ある　（　　）

◆処方はどちらを希望されますか　院内処方　院外処方

初診の方

◆今までに大きな病気をしたことがありますか（手術を含めて）

ない　ある　（ 病名＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿歳　治療内容　　）

◆アレルギーがありますか

薬物　ない　ある　（ 薬品名　　）

食物　ない　ある　（ 食物名　　）

★ 女性のみ　現在　月経中ですか　いいえ　はい

現在　妊娠中ですか　いいえ　はい　（　　ヶ月 ）

現在　授乳中ですか　いいえ　はい　（　　ヶ月 ）