

# 泌尿器科問診票

令和 年 月 日

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

- ◇マイナ保険証はお持ちですか? はい いいえ
- ◇診療情報取得に同意しますか? はい いいえ
- ◇紹介状はお持ちですか? はい いいえ
- ◇この1年間で特定健診等を受けましたか? はい いいえ

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します。

◆処方はどちらを希望されますか? 院内 ・ 院外

◆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 ) 部位 ( わき腹 下腹部 腰 背中 その他 ( ) )
- ( ) 結石と言われたことがある 膀胱・尿管(右・左) (何歳 )
- ( ) 健診で異常があった ( PSA 高値 尿潜血 その他 )
- ( ) 睪丸 ( 右・左 ) ( 腫れている 水が溜まっている )
- ( ) 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? 行かない 行った

(いつ 病院名 内容 )

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 ( )

☆お薬手帳を見せてください

◆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 ( )

◆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 何歳 治療内容 )

◆アレルギーがありますか?

薬物 ない ある (薬剤名 )

食物 ない ある (食物 )

★女性のみ 現在 月経中ですか? はい いいえ  
 妊娠の可能性 ない ある (現在 月)

授乳中ですか? いいえ はい