

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。

※当院では原則、院外処方です

◆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 ヶ月)

授乳中ですか？ いいえ はい