泌尿器科問診票

平成　　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 ）