問診票（泌尿器科）

年　　月　　日

フリガナ 氏名		生年月日	T・S・H・R
住所	〒		
電話番号	携帯番号		

尿検査をする場合がありますので、排尿せずお待ちください。

（トイレに行きたい場合は、スタッフまでお知らせください）

本日どのような症状で来院されましたか？

□ 尿が出にくい・出ない
□ 尿が残った感じがする
□ 尿がでるときに痛みがある
□ 下腹部に痛みや違和感がある
□ 尿の回数が多い（日中　　回　夜間　　回）
□ 尿がもれる
□ 熱がある（　　℃）
□ 背中や腰に痛みがある
□ 尿に血が混じる
□ 陰部の異常（かゆみ・腫れ・痛み）
□ 男性外来（不妊治療）
□ 男性外来（性機能）
□ 性病検査
□ 男性更年期障害
□ 夜尿症（おねしょ）
□ その他（　　）

上記の症状はいつ頃からありましたか？（　　）

今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

脳卒中　糖尿病　頸椎・腰椎疾患　高血圧　狭心症・心筋梗塞　緑内障　がん

その他疾患（　　）

今まで入院歴・手術歴があればお書きください。

（　　）

現在飲んでいる薬はありますか？　あり　なし　（お薬手帳お持ちの方はご提示ください）

（　　）

薬や食べ物のアレルギーはありますか？　あり　なし

（食物　　薬　　その他　　）

（女性の方のみ）現在妊娠している可能性はありますか？　はい　いいえ

診察に対するご希望があればご記入ください。（　　）