

問 診 票

年 月 日

(泌尿器科)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成	年 齢	歳	
			年 月 日			
住 所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)					
電 話	自宅： ()	緊急連絡先： ()				
身長：	cm	体重：	kg	体温：	℃	職業：

【1】 本日、来院された理由に○をつけて下さい

1. どのような症状で受診されますか

該当する箇所の番号のすべてに○をつけて下さい

そのうち最もつらい症状に◎をつけてください

- 1) 頻尿 (おしっこが近い) 2) 排尿痛 (おしっこするときに痛みがある)
3) 残尿感 (おしっこした後も残った感じがする) 4) 尿混濁 (おしっこが濁る)
5) 尿失禁 (おしっこがもれる) 6) 血尿 (おしっこに血が混じる)
7) 排尿困難 (おしっこが出にくい) 8) 尿道の不快感
9) 尿道から膿などが出る
10) 痛みがある (背中、腰、下腹部、睾丸) (右 左)
11) 腫れ物ができている (腹部、睾丸)
12) 前立腺 (腫瘍マーカー、前立腺癌、前立腺肥大症、前立腺炎) の相談
13) ED 14) その他 ()

2. それはいつ頃から始まりましたか

- 1) 今朝から 2) 昨日から 3) 2~3日前から 4) 1週間くらい前から
5) 1ヶ月くらい前から 6) その他 ()

3. 1日の尿の回数は何回位ですか

昼間 () 回 夜、寝てから朝起きるまで ()

【2】 今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

いいえ ・ はい (心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・
血液の病気 ・ 胃 ・ 腸の病気 ・ 眼の病気 ・ 骨折 ・
その他)
かかりつけ病院 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

【3】 現在飲んでいる薬はありますか (市販薬を含む)

ない ・ ある ()

裏面もご記入下さい

