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　　月　　日	年齢	歳
住　所	〒　　－ 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

【4】 今までに病気やけがで手術を受けたことがありますか
ない ・ ある （ ）

【5】 今までに薬や注射で異常が起こったり、アレルギー体質だといわれたことがありますか
ない ・ ある （ 何のアレルギーですか ）

【6】 輸血を受けたことがありますか
ない ・ ある （ いつごろ ）

＊ 信仰上の理由により輸血を受けられない方は予めお申し出ください

【7】 職場や病院などで定期的な健康診断をうけていますか
ない ・ ある （ ）

【8】 今回の症状とは別に希望する検査や心配事があればお書きください

【9】 現在、規則的な生活が送れていますか
はい ・ いいえ （ 仕事が忙しい ・ 仕事が不規則 ・ 悩み事で夜眠れない ）
その他 （ ）

【10】たばこは吸われますか いいえ ・ はい（ １日 本 ）
お酒は飲まれますか いいえ ・ はい（ １日酒 合 ・ ビール缶 本
その他 ）

【11】 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください
他院からの紹介 （ 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 ）
他科からの紹介 （ 科 先生より） ・ 知人の紹介 ・ ホームページを見て
講演会 ・ 市民講座 ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 広告 ・ その他（ ）

【12】 診察・治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか
いいえ ・ はい お名前 ご関係
連絡先（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他 ）

介護保険認定：有 ・ 無 ・ 申請中
認定有の方：要支援（ ）/ 地域包括支援センター（施設名 担当者 ）
要介護（ ）/ ケアマネジャー （施設名 担当者 ）
連絡先：施設 ・ 携帯 ・ その他（ ― ― ）

ご協力ありがとうございました

泌尿器科
問診担当者（ ）

医療法人 康仁会 西の京病院

2017 年 8 月 15 日改訂