

泌尿器科問診票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	(男/女)	生年月日	年	月	日	歳
住所	〒					
電話番号	自宅	携帯				

◆本日はどのような症状で来院されましたか？症状にチェックをつけてください。

- 尿がでにくい 尿が近い(昼間のみ・夜間のみ・どちらも) 尿もれ 残尿感
 尿の勢いが弱い 尿の切れが悪い 発熱がある 血尿がでた
 尿が濁る 排尿時痛 腰背部痛 会陰部痛 性感染症(クラミジアや淋菌・その他)
 検査で異常を指摘された(尿潜血・尿たんぱく・PSA・その他)
 睾丸のお悩み(痛い・腫れている・その他) やる気が出ない 性欲の低下
 前立腺がん検査(PSA)希望 男性更年期障害(LOH)相談
 勃起障害(ED)相談、薬希望(自費診療) その他()

→症状に応じて追加でアンケートをお渡しします。お薬手帳・検診結果をお持ちの方は受付にお渡しください。

◆その症状はいつからですか？

()

◆現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい(高血圧、糖尿病、コレステロール異常、心疾患、脳疾患、その他)

◆今服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい(内服薬)

血をさらさらにするお薬を服用していますか？ (はい→内服薬)

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい(食べ物) (お薬)

◆今までに入院・手術をされたことがありますか？

いいえ・はい(手術名)

◆お酒は飲みますか？ いいえ・はい(どの程度)

◆タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う(1日 本× 年間)・禁煙した(年前)

◆当院はどこで知りましたか？

(ホームページやインターネット・近所・知人や家族の紹介・パンフレット見た・紹介状)

●女性の方だけお答え下さい●

☆妊娠されていますか？ いいえ・はい(週目)・不明

☆授乳中ですか？ いいえ・はい

☆出産回数 (回、経膈分娩・帝王切開)