

# 泌尿器科問診票

記入日 年 月 日

氏名	(男/女)	生年月日 (T・S・H・R)	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  尿が濁る  排尿時痛  腰背部痛  会陰部痛  血尿
- 性感染症(できものができた・排尿時痛・膿がでる・性病スクリーニング検査希望(自費)・その他)
- 検診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)  前立腺がん検査(PSA)希望
- 男性更年期障害(LOH)相談(やる気がでない・汗かく・性欲低下・その他)
- 勃起障害(ED)薬希望(自費)  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？(HP や WEB・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●

☆生理中ですか？ いいえ・はい( 日目)

☆妊娠されていますか？ いいえ・はい( 週目)・わからない

☆授乳中ですか？ いいえ・はい

☆出産回数お聞かせください。( 回、経膈分娩・帝王切開)