

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 (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。

- ☐ 尿が近い(昼間のみ・夜間のみ・どちらも) ☐ 尿もれ ☐ 残尿感
☐ 尿がでにくい ☐ 尿の勢いが弱い、尿の切れが悪い ☐ 前立腺がん検査(PSA)希望
☐ 発熱 ☐ 尿が濁る ☐ 排尿時痛 ☐ 腰背部痛(右・左) ☐ 血尿
☐ 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・皮膚の異常) ☐ 陰部にできものができた
☐ 男性更年期障害(LOH)相談 ☐ 勃起障害(ED)薬希望(自費) ☐ AGA 治療薬希望(自費)
☐ 性感染症(性病)の相談 《☐ 即日検査(自費)希望 ※午前は12時、午後は17時半まで受付》
☐ その他()

→症状に応じて追加でアンケートをお渡しします。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？→お薬手帳がある方は記載不要です。受付へ提出してください。

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)・以前吸っていた(本× 年間)

◆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)