

泌尿器問診票

診察前に尿検査を行う場合があります。お手洗いに行く際には一言受付へお声がけください

フリガナ			大・昭・平・令	男・女
氏名		生年月日	年 月 日	歳
住所	〒	電話番号		
記入者氏名		続柄	身長	体重

1、今回受診される理由として当てはまるものに○をしてください

- | | |
|----------------|------------------------------|
| 1 頻尿である | 8 下腹部が痛い（右・左） |
| 2 尿の勢いが弱い | 9 排尿時痛・不快感がある |
| 3 残尿感がある | 10 尿混濁がある |
| 4 尿が漏れる | 11 睾丸が痛い、腫れている（右・左） |
| 5 発熱している | 12 病院で検査を勧められた（尿潜血・PSA高値・結石） |
| 6 血尿が出た | 13 その他（ ） |
| 7 腰・背中が痛い（右・左） | |

●その症状はいつごろからどのように始まりましたか？

（ ）

●最終日尿時間は何時頃ですか（ ）

2、泌尿器科の受診は初めてですか？

はい いいえ （病院名 ） （病名 ）

3、今現在治療を受けている病気がありますか？

はい いいえ 病名 1 糖尿病 2 高血圧 3 心疾患
 4 喘息 5 緑内障 6 腎不全
 7 その他（ ）

4、今までかかった病気や手術を受けたことがありますか？

はい （病名・手術名 ） いいえ

5、現在飲んでいる薬はありますか？

はい（薬品名 ） いいえ

6、アレルギーはありますか？

食物（ ） 薬物（ ） その他（ ） いいえ

7、お酒は飲まれますか？タバコは吸われますか？

お酒：（種類 /日） タバコ：（ 本/日 年間） いいえ

8、女性の方にお尋ねします。現在妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ