泌尿器科問診票

記入年月日　　年　　月　　日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1．どのような症状で来院されましたか。
尿の出が悪い・頻尿・夜間頻尿・残尿感・排尿時の痛み・血尿・背中の痛み（左・右）
尿もれ・睾丸の腫れや痛み（左・右）・陰茎の腫れや痛み・その他【　　】

2．それはいつ頃からですか。
【　　】日前より・【　　】週間前より・【　　】ヶ月前より

3．排尿回数について教えてください。
日中の排尿回数　【　　】回
夜間の排尿回数　【　　】回

4．熱はありますか。
【ある（　　）度・ない】

5．現在までに次の病気にかかったことがありますか。（該当するものに○をつけてください）
ぜんそく・アレルギー疾患・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病
胃潰瘍・糖尿病・肺結核・脳卒中

6．上記以外に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【病名：　　】
【手術名：　　】

7．現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【病名：　　】
【薬品名：　　】
◆血液をさらさらにするお薬を服用していますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【薬品名：　　】
◆本日、お薬手帳はお持ちですか　【持っている・持っていない】

8．今までに薬や注射、食品で発疹やショックになったことがありますか。
【ある・ない】
あると答えた方　【　　歳頃】【薬品・食品名：　　】

9．血の繋がっている方で、次の病気にかかった方はいらっしゃいますか。
（該当するものに○をつけてください）
高血圧・脳卒中・糖尿病・心臓病・精神病・具体的に（　　）がん・アレルギー疾患
いない・不明

10．嗜好品について教えてください。
たばこ　【吸う…　　本/日　　歳から・禁煙中…　　年間・吸わない】
お酒　【毎日飲む・時々飲む　　回/月・飲まない】

11．女性の方のみ教えてください。
◆最終月経はいつですか　【　　年　　月　　日～　　日間】
◆現在妊娠の可能性はありますか　【ある・ない】　◆現在授乳中ですか　【はい・いいえ】
◆閉経された方は何歳の時ですか　【　　歳】

診察前に検査へご案内する場合がございます。診察券をご用意ください。

久我山病院