

問診票

平成 年 月 日

氏名 () 年齢 () 歳 性別 男 女

1 今日どのような症状で来院されましたか？ (○印を付けてください。)

- () 尿が出にくい.
- () 尿の回数が多い。(昼 回, 就寝後 回)
- () 排尿後尿が残っている感じがある.
- () 排尿時痛みがある.
- () 血尿がある。(検診, 自分で気づいた)
- () たんぱく尿がある.
- () 尿がにごっている.
- () 尿がもれる.
- () 発熱している。いつからですか？ ()
- () 腰が痛い, 重だるい。(右・左)
- () 陰部に症状がありますか？(はれている, 発赤している, 痛みがある.)
- () 不妊の相談
- () ED の相談
- () 性病の相談

その他の症状や検査の希望, 相談等があれば記入してください。

()

2 上記の症状はいつからありますか？ ()

この症状で治療を受けられたことがありますか？ (はい いいえ)

3 現在, 他の病院で治療を受けていますか？ (はい いいえ)

高血圧・糖尿病・心筋梗塞・狭心症・腎臓病

その他 {

}

4 現在, 服用されている薬はありますか？ (はい いいえ)

薬の名前がわかれば記入してください。()

5 今までに大きな病気をされたことがありますか？ (はい いいえ)

病名, いつ頃かわかれば記入してください。

{ }

6 次の病気があれば○, なければ×をしてください。

() 薬のアレルギー, () 喘息, () 緑内障, () 白内障

*緑内障. 喘息のある方は泌尿器科の薬に影響があるのでお知らせください。

7 女性の方は, 妊娠していますか, また, その可能性はありますか？ (はい いいえ)

現在, 生理中ですか？ (はい いいえ)

血圧 () 身長 () cm 体重 () kg