泌尿器科問診票

記入日　　年　　月　　日

お名前	フリガナ	生 年 月 日
	（　　才）	大正・昭和・平成 年　　月　　日
連絡先	〒	ＴＥＬ（自宅）： ＴＥＬ（携帯）：

1、　今日はどのように体の具合が悪くて来院されましたか？☑をつけてください。

- ☐ 尿がうまく出せない
- ☐ 昼間のトイレの回数が多い
- ☐ 夜のトイレの回数が多い
- ☐ 尿が漏れる
- ☐ 尿が残った感じがする
- ☐ おしっこするとき痛い
- ☐ 尿に血が混じる
- ☐ 尿路に結石があるか心配
- ☐ 性感染症が心配（男性の方）
- ☐ ED のお薬希望
- ☐ 検診で尿検査や PSA 値が異常と言われた
- ☐ 他院からのご紹介
- ☐ その他（　　）

2、いつ頃から悪いのですか？

3、現在治療中か過去にかかったことのある病気について教えてください

・ない　　ある　・高血圧　・糖尿病　・心臓病　・喘息　・胃腸病
・肝臓病　・腎臓病　・緑内障　・脳血管障害
その他（　　）

4、今までに注射や薬で発疹が出たり、アレルギー体質と言われた事がありますか？

・ない　　ある：具体的に（　　）

5、現在、妊娠の可能性はありますか？　ない　・　ある　・　わからない

6、他の診療科にかかっていますか？

・ない　　ある　（　　）病院（　　）科

7、医師に何かお伝えしたいことがあればご記入お願いします