

## 泌尿器科 問診票

フリガナ 氏名		男 女	生年 月日	西暦	年	月	日	歳
職業		身長cm		体重kg				分院歴
【女性の方のみお答えください】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院
現在妊娠していますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(現在妊娠 月)					<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚
現在授乳中ですか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい					

## 1. どのような症状で来院されましたか？

- 発熱       排尿時痛       残尿感       血尿       尿の勢いが弱い  
 尿が出ない       尿が近い       尿失禁       下腹部痛       腰背部痛  
 睾丸が痛い       睾丸が腫れている       性病検査  
 ED(勃起障害)       検診で勧められた       その他 ( )

## ・上記の症状が始まったのは、いつからですか？

( )

## ・その症状に対して、他の医療機関で診察や治療を受けたことがありますか？

[ なし ・ あり ]

時期 ( 年 月 日 )

医療機関名 ( )

診断名 ( )

治療内容 ( )

## 2. 現在治療中、今までかかった病気はありますか？ [ なし ・ あり ]

- 高血圧    糖尿病    高脂血症    心臓病 ( 不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全 )    前立腺肥大  
 脳梗塞・脳出血    緑内障    肝臓病 ( \_\_\_型肝炎 )    腎臓病    喘息    精神疾患  
 がん ( 癌 )       その他 [ ]

## ・通院中の医療機関名 [ ]

## ・今までに手術を受けたことがありますか？ [ なし ・ あり ]

手術名: / 時期 [ ] 治療医院 [ ]

手術名: / 時期 [ ] 治療医院 [ ]

## 3. この1年間で特定健診・高齢者健診を受けましたか？ [ なし ・ あり ]

受診時期 [ ] 指摘事項 [ ]

## 4. 現在服用中のお薬はありますか？ [ なし ・ あり ]

血液がさらさらになるお薬を服用 [ なし ・ あり ] ↓ 現在服用している薬をお書きください

お薬手帳の持参 [ なし ・ あり ]

## 5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ [ なし ・ あり ]

- お薬 [ ]       金属       ゴム       アルコール消毒  
 食べ物 [ ]       その他 [ ]

## 6. 嗜好品についてお答えください

タバコ :  吸わない    過去に吸っていた [ 1日 本 歳まで ]    吸う ( 1日 本 )飲酒 :  飲まない    機会飲酒    飲む ( 1日量: )

## 7. 1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？ [ なし ・ あり ]

いつ [ ] 場所 [ ]

## 8. 新型コロナウイルス感染症にかかった事がありますか？ [ なし ・ あり ]

いつ [ ]