

年 月 日

## 泌尿器科問診票

この問診シートを印刷してご記入ください。ご来院の際、健康保険証に添えてご提出ください。

※ 尿検査があります。1時間ほど排尿しないで受診してください。

フリガナ

氏名 様 (男・女) 生年月日 (西暦 年 月 日生) 歳

住所 〒 - :

自宅電話番号 ( ) - 携帯電話番号 ( ) -

身長 cm 体重 kg 体温 °C

該当する項目を選んで○で囲んでください。□にチェックをしてください。

### 1. 今日には主にどのような症状で来院されましたか？

- ・尿が出にくい ・尿の回数が多い ・尿の勢いが悪い ・尿が漏れる ・残尿感がある  
・排尿時の痛み ・血尿 (赤い尿) ・血精液症 ・睾丸が腫れている ・性器の異常 (包茎など)  
・ED (男性機能の異常) ・男性更年期障害 (倦怠感) ・がんの検査希望 ・健康診断の精査  
・痛み (部位: 腰背部 右 / 左) ・下腹部 ・陰囊 ・陰茎 ・その他 ( )  
・その他相談したいこと ( )

### 2. それはいつ頃からですか？

- ・今日 ・昨日 ・2～3日前 ・一週間前 ・それ以上前 ( )

### 3. 今までにかかった病気はありますか？ □ある □ない

- ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・高尿酸血症 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・腎臓病  
・肝臓病 ・胃潰瘍 ・がん ・脳梗塞 ・緑内障 ・白内障  
・その他 ( )

### 4. 今までに手術を受けたことがありますか？ □ある □ない

- いつ頃 ( ) 手術内容 ( )  
( ) ( )

### 5. 現在、飲んでいる薬はありますか？ □はい □いいえ ※お薬手帳を持っている場合はご提示下さい。

- 飲んでいる薬 ( )  
飲み始めた時期 ( )

### 6. 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

- いいえ □はい (薬や食べ物の名前: )

### 7. タバコについて

- 吸わない □吸う (1日 本) 喫煙歴 ( 才 ~ 才)

### 8. 女性の方にお伺いします

- 妊娠の可能性 □なし □あり 授乳中 □はい □いいえ

ご協力ありがとうございました。

わかまつクリニック 03-3393-5656