

泌尿器科問診票

(ご記入日)	令和	年	月	日	体温	°C
フリガナ				男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
患者氏名						
住所	〒					
電話	(携帯)			(自宅)		
緊急時に当院から連絡させていただくご本人様以外のお電話番号(ご家族など)						
電話			続柄			

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？以下の項目にチェックをしてください。

発症日： 月 日

- 尿が近い → 日中 夜間 一日中
 尿の出が悪い、勢いが弱い 排尿後残尿感がある 尿がもれる
 排尿時に痛みがある 下腹部が痛い 血尿がでる
 睾丸が腫れている、痛みがある 尿道から膿が出る
 ED(勃起障害) 性病の心配
 腰痛がある → 右 左 前立腺癌の心配

※上記の症状に当てはまらない場合はこちらへご記入ください

[]

2. 現在治療している病気はありますか？

- ない ある → 心臓病 高血圧 前立腺肥大症 糖尿病 喘息
 緑内障 脳疾患 高脂血症 その他の病気 ()

3. 現在服用中のお薬はありますか？

- ない ある【お薬の名前： _____】

※お薬手帳があれば受付にご提示してください

4. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

- ない ある 薬や食べ物の名前 ()

5. 女性の方のみお答えください

- ◆妊娠中ですか？ はい いいえ 不明 ◆授乳中ですか？ はい いいえ
 ◆月経 順調 不順 最終月経 (月 日 ~ 月 日) ◆閉経 (才)

※妊娠の可能性がある場合は必ず診察時に申し出てください

6. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報所得に同意しますか？

- いいえ はい

当院は診療情報を所得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

7. 当院を受診したきっかけは何ですか？(複数回答可)

- 人づてに 看板 ホームページ 講演会 雑誌

※ご記入ありがとうございました。