

# 泌尿器科 問診票

お名前	フリカナ	性別	年齢	身長	体重	体温
		男・女	歳	cm	kg	℃

1 今日はどうされましたか？

- どのような症状ですか？（当てはまる項目に○をつけてください）

<input type="checkbox"/> 排尿時痛	<input type="checkbox"/> 残尿感	<input type="checkbox"/> 血尿	<input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い	<input type="checkbox"/> 尿がでない
<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 尿失禁（尿もれ）	<input type="checkbox"/> 腰が痛い	<input type="checkbox"/> 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> 睾丸が痛い
<input type="checkbox"/> 睾丸が腫れている	<input type="checkbox"/> 勃起障害	<input type="checkbox"/> 検査で精査を勧められた		
<input type="checkbox"/> その他（_____）				

- いつから？

- 尿管結石になったことがありますか？（いいえ・はい）

→ はいの場合 いつ頃： \_\_\_\_\_年\_\_月

- ほかの泌尿器科にかかったことはありますか？（いいえ・はい）

→ はいの場合 いつ頃： \_\_\_\_\_年\_\_月 医療機関名： \_\_\_\_\_

2 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください。

3 患者さんの治療状況についてお聞きします。

- 現在治療中の病気はありますか？（なし・あり）ありの場合は下の項目に○をつけてください。

〈心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・胃腸病・脳疾患・癌・その他（\_\_\_\_\_）〉

- 今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？（なし・あり）

① 病名：\_\_\_\_\_ いつ頃：\_\_\_\_\_ 治療内容：\_\_\_\_\_

② 病名：\_\_\_\_\_ いつ頃：\_\_\_\_\_ 治療内容：\_\_\_\_\_

- 現在処方されているお薬はありますか？（なし・あり）

○ お薬手帳の持参（なし・あり）

お薬手帳の持参がない場合は四角の中に処方内容を記載してください。

4 アレルギーはありますか？（なし・あり）

- 食べ物：\_\_\_\_\_ ・ 薬：\_\_\_\_\_ ・ その他：\_\_\_\_\_

5 喫煙していますか？（いいえ・はい）

- \_\_\_\_\_本/日 ・ 喫煙歴 \_\_\_\_\_年

6 お酒は飲みますか？（いいえ・はい）

- （ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー）を1日あたり \_\_\_\_\_ ぐらい

7 女性の方のみにおたずねします。

- 現在妊娠の可能性はありますか？（なし・あり）

○ 妊娠 \_\_\_\_\_ヶ月 授乳中ですか？（いいえ・はい）