

ID :

泌尿器科・内科問診表

(この用紙にご記入のうえ、係りの者にお渡しください。お答えにくい場合は空白のまま結構です。)

ふりがな				男・女	
お名前					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	才 (ヶ月)
ご住所	〒 — — — — —				
お電話番号	— — — — —	携帯番号	— — — — —		

①本日はどうされましたか。 ※泌尿器科受診希望の方は検査することがあるので、お手洗いにいかずにお待ち下さい。

・どんな症状ですか。

発熱	頭痛	咳	痰	のど痛い			
排尿痛	尿が出にくい	頻尿	腰痛	血尿	蛋白尿	腫れ	できもの
男性不妊	勃起不全	健康異常を指摘された		調べてほしいことがある			
男性更年期	尿が漏れる	残尿感がある		尿がにごる			
その他	[]						

・いつからですか。 []

・痛みは [ある ・ ない]

・かゆみは [ある ・ ない]

・以前にその症状の治療をされていませんか。 [はい ・ いいえ]
(「はい」の方 → 本日紹介状をお持ちですか。 はい ・ いいえ)

・ご家族の中であなたと同じような症状の方はおられますか。 [はい ・ いいえ]

② 今まで、もしくは現在かかっておられる病気はありますか。 [ある ・ ない]

(「ある」の方は、以下の項目に○またはご記入下さい)

高血圧	心臓病	肺疾患	喘息	脳血管障害	糖尿病	高脂血症	癌
その他 手術など ()							
・いつも飲んでいる薬はありますか。 ()							

③ 今までに薬や食べ物でアレルギー反応が起こったことはありますか。 [ある ・ ない]

薬 :	食べ物 :	検査・他 :
(症状)	(症状)	(症状)

④ 日常生活について、当てはまるところに○印を、()内には数字をお書き下さい。

アルコール	: 飲まない・飲む ⇒	1) 週に () 日ぐらい
		2) 1日の量 (ビール・焼酎・日本酒・ウィスキー ml)
たばこ	: 吸わない・吸う ⇒	1) 1日 () 本
		2) やめようと思っている (はい いいえ)

⑤ 医師に伝えておきたいこと、今後治療にあたってのご希望があればお聞かせ下さい。

<input type="checkbox"/> 経済的な面で不安がある。
<input type="checkbox"/> 現在授乳中。 <input type="checkbox"/> 現在妊娠している。(ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊娠しているかもしれない。
<input type="checkbox"/> その他 ()

⑥ 当院を何で知りましたか。

<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告
<input type="checkbox"/> その他 ()