

◆泌尿器科問診票 ID: _____

記入日 年 月 日

氏名	年齢	性別 男・女	生年月日
郵便番号	住所	電話	
★身長 cm		体重 kg	
① 血尿 ② 尿が出にくい ③ 尿の勢いが悪い ④ 尿失禁（尿が漏れる） ⑤ 排尿時痛 ⑥ 性器の異常（包茎） ⑦ ED（男性機能の異常） ⑧ 痛み ⇒ 【 部位 □腰部 □背部 □下腹部 □陰のう部 □陰茎部 □その他 ⑨ 頻尿（尿の回数が多い）【 日中 回/日 ・ 夜間 回/日 】 ⑩ がんの検査希望（前立腺がん etc） ⑪健康診断の精査 ⑫他院からの紹介 ⑬ 前回同様の症状について（症状の引き続きの治療） ⑭ その他（具体的に _____ ）			
(ア) 症状はいつからどのように始まりましたか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろから 【 突然起こった ・ だんだん起こった 】 (イ) 症状はどのように変化していますか？ 【 変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている 】 (ウ) これらの症状について、他の病院、医院を受診されましたか？ 【 かからない・かかった 】 病院・医院名（ _____ ） 病名（ _____ ） 検査（ _____ ）			

2 既往歴、現病歴、家族歴についてお伺いします。

- ① 今までに次の病気をしたり、現在治療中の病気はありますか？ 【 なし ・ あり 】
 “あり”⇒□高血圧 □糖尿病 □喘息 □がん □心疾患 □脳血管疾患 □その他（ _____ ）
- ② 現在飲んでいるお薬はありますか？ ※薬手帳をお持ちの方は受付にて提出ください。
 【 なし ・ あり 】 （薬の種類： _____ ）
- ③ かかりつけ医はありますか？
 【 なし ・ あり 】 （医療機関名： _____ ）
- ④ 手術を受けたことのある方のみお答えください。
 何の手術（ _____ ） いつ頃（ _____ 年 月）
 ◎輸血を受けたことはありますか？ 【 なし ・ あり 】

★⑤アレルギーの有無 【 なし ・ あり 】 →（出た症状： _____ ）
 □薬物（ _____ ） □造影剤 □アルコール □食物（ _____ ） □テープ類（ _____ ）

⑥血のつながった両親、兄弟、祖父母、子供のかたで次のご病気の方がおられますか

	がん	高血圧	脳卒中	糖尿病	肝臓病	喘息	結核	遺伝病
どなたが？								

3 喫煙、飲酒についてお聞きします。

- ①たばこ【 吸わない ・ 吸ってる（本/日くらい）・ 以前吸っていたがやめた（年 月頃 年間）】
 ②飲酒【 ほとんど飲まない ・ 時々飲む（週1~3回） ・ ほぼ毎日（週4回以上） 】

4 体内に金属またはペースメーカーはありますか？ 【 なし ・ あり 】

5 閉所恐怖症 【 なし ・ あり 】

6 女性の方へ 妊娠中【 はい・いいえ 】 妊娠の可能性【 はい・いいえ 】 授乳中【 はい・いいえ 】

記入者（代理） _____ 続柄（ _____ ）