

泌尿器科 問診票

記入日： 20 年 月 日

フリガナ 氏名		男 女	生年 月 日	平・昭・大・明 年 月 日	歳	既婚 未婚
職業		身長cm		体重kg		分院歴
【女性の方のみお答えください】						
Q. 現在妊娠していますか		はい(現在妊娠 カ月)・いいえ・不明				☐ 東葛辻仲病院
Q. 現在授乳中ですか		はい・いいえ				☐ アルト新橋クリニック
Q. 出産回数 () 回						☐ 辻仲柏クリニック
						☐ つくばクリニック
本日の体温 ℃		血圧		脈拍 回/分		

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

熱が出る 排尿時痛 残尿感 血尿 尿の勢いが弱い 尿が出ない 尿に近い
尿失禁 腰が痛い 下腹部が痛い 睾丸が痛い 睾丸が腫れている 性病検査
ED(勃起障害) 検診で検査を勧められた
その他 ()
いつ頃から ()

2. 上記のために今までどこかで診察を受けましたか？

受けない 医療機関名 ()
受けた (年 月 日) 診断名 ()
治療内容 ()

3. 既往歴

Q. 今までにかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください

①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血
⑥緑内障 ⑦肝臓病(型肝炎) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん(癌)
⑫その他 ()

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [なし・あり]

病名: / 手術を受けた時期 ()
病名: / 手術を受けた時期 ()

4. 現在の内服薬について Q. 現在服用中のお薬はありますか [ある・ない] Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか はい・いいえ * 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください Q. お薬手帳の持参はありますか [ある・ない]	5. アレルギーについて Q. アレルギーはありますか [なし・あり] お薬 () 食べ物 () 局所麻酔薬 () 消毒薬 () その他 () 6. 嗜好品について タバコ : 吸わない・吸う(1日 本) 飲酒 : 飲まない・飲む(1日量:)
---	--

7. 海外渡航歴はありますか？

いいえ はい 場所 ()
いつ ()

当院は個人情報の取り扱いについて細心の注意を払っています。上記の個人情報に関しましても、診療以外には使用いたしません。 2019.6

患者ID () ☐ テンプレート入力 ☐ プロファイル入力