

# 泌尿器科問診票

電話 ( )

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 様

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 歳 男・女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 今日どのような症状で来院されましたか？あてはまる症状を○で囲んでください。

尿の勢いが悪い 残尿感 排尿の回数が多い 尿が出にくい 尿漏れ  
発熱 排尿痛 血尿 腰痛 下腹部痛 睾丸が痛い・腫れている  
男性更年期障害 性病検査 ED(勃起障害)  
陰部症状(できもの・かゆみ・痛み) 手術希望(包茎・パイプカット)  
検診で精査を勧められた( ) その他 ( )  
いつ頃から ( )

2. 今までに他の病気にかかったことがありますか？また、現在治療中の病気はありますか？あてはまるものを○で囲んでください。

がん 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 不整脈  
胃腸病 肝臓病 喘息 結核 リウマチ 緑内障 甲状腺疾患  
特になし その他 ( )

3. 現在服用中の薬はありますか？ お薬手帳 (  なし  あり )

いいえ  はい (薬の名前 \_\_\_\_\_ )

4. 今までにアレルギー症状を起こしたことはありますか？

いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ )

5. 喫煙や飲酒はされますか？

喫煙  なし  あり (1日 \_\_\_\_\_ 本)

飲酒  なし  あり (1日飲酒量 \_\_\_\_\_ )

6. 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性  なし  あり 授乳中  はい  いいえ

生理 ( \_\_\_\_\_ 日目)

7. ご来院のきっかけを教えてください。

ご家族のご紹介  知人のご紹介  クリニック前を通過して

病院・診療所のご紹介 (病院・診療所名 \_\_\_\_\_ )

インターネット ( ホームページ・その他 )  タウンページ

バス広告  その他 ( \_\_\_\_\_ )

8. 交通手段を教えてください。

電車  バス  車 (柴田駐車場・その他)  自転車  バイク  徒歩

ご協力ありがとうございました

泌尿器科クリニック