

泌尿器科受診の方へ

< 外来問診票 >

※発熱、痛みが強い方はお申し出ください。

ふりがな	記入日	20	年	月	日
氏名	年齢		歳	(男・女)	

◆ 今日はどうなさいましたか。

- 他の医療機関から受診を勧められた ➡ 紹介状 あり なし
 自覚症状があり受診
 健康診断にて受診を勧められた
 特定健診 (40~74歳を対象とした生活習慣・メタボ健診) 受診歴 あり なし

◆ 泌尿器科に関連する症状についてお答えください。

<input type="checkbox"/> 尿が出にくい・出ない	<input type="checkbox"/> 尿もれがある
<input type="checkbox"/> 尿が残った感じ	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる
<input type="checkbox"/> 尿が出る時に痛みがる	<input type="checkbox"/> 背中や腰に痛みがある
<input type="checkbox"/> 下腹部に痛みや違和感がある	<input type="checkbox"/> 発熱
<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い (日中 回・夜間 回)	<input type="checkbox"/> その他

上記の症状について追加があれば具体的に記入してください。

◆ 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか。

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 心臓病
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 頸椎・腰椎疾患
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> その他 ()

◆ 今まで入院歴・手術歴があればお書きください。

◆ 飲んでいるお薬や注射薬の使用などはありますか。※お薬手帳をお持ちの方は提示ください。

- なし あり ()

◆ かかりつけのクリニック、病院 ()

◆ 薬、食べ物、消毒薬、ゴム製品などのアレルギーはありますか。

- なし あり ()

◆ たばこ 吸わない 吸う 1日 本

◆ 飲酒 飲まない 飲む 1日

◆ 妊娠、授乳中ですか。 いいえ はい

尿検査をする場合がありますので、排尿を我慢できない方はスタッフまでお知らせください。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。