

泌尿器科 問診票

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所 _____ 電話 _____

喫煙なし・あり (本/1日) 喫煙歴 _____ 年 携帯 _____

1、本日どのような症状で受診されましたか？

(あてはまるものに丸をつけてください)

- 尿のトラブル 尿の回数が多い<日中・夜間・両方>・夜間頻尿・
尿がちかい・尿がもれる・排尿時痛みがある・血尿がある
その他 (_____)
- 痛みがある どこに? (_____)
- 感染症の疑いがある 膀胱炎症状・その他 (_____)
- 検査異常を言われた (_____)
- その他 (_____)

2、いつから症状がありますか? (_____)

3、現在、治療中、また、これまでにかかったことのある病気はありますか？

はい・いいえ

高血圧・糖尿病・心臓病・心筋梗塞・不整脈・脳梗塞・胃潰瘍・喘息・肝臓病・
腎臓病・痛風・リウマチ・その他 (_____)

4、現在、服用している薬はありますか？

いいえ・はい (_____)

5、過去に手術をうけたことはありますか？

(_____)

6、アレルギーはありますか？

いいえ・はい (_____)

・お答えづらいことは、記入なさらなくても結構です。直接医師にお申し出ください。

上野原整形外科

腎・泌尿器科外来