

## 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