



泌尿器科 問診票

氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名()		
	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他()		
年齢	才	男・女	女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中
身長	cm	体重	Kg
1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無 有			
タバコ <input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ()本 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した ()年前から			
お酒 <input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量() ()回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した()年前から			
介護保険の申請 なし・あり 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)			
利き手はどちらですか 右 左			
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
来院理由 ※当てはまる項目にチェックを入れてください			
1. 紹介状はお持ちですか <input type="checkbox"/> はい (当院・他院) <input type="checkbox"/> いいえ			
2. 本日は、どうされましたか <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 排尿時痛 <input type="checkbox"/> 陰部痛 <input type="checkbox"/> 尿が出ない <input type="checkbox"/> 腰部痛 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 健康診断や人間ドックで異常を指摘された <input type="checkbox"/> 尿路結石の既往 あり なし			
3. その症状がいつから、どのように具合が悪いか具体的にお書きください			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>右</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左</p>  </div> </div>			
※医療者が記入しますので、記入しないでください			
体温	度	脈拍	回/分 SPO2 % 血圧 / mmHg 看護師サイン