

泌尿器科問診票

チェック欄

(ふりがな)
お名前

性別： 男 ・ 女
年齢（ ）歳

※ 以下の該当する項目に☑を入れ、必要事項を記入してください

年 月 日

- 1, 紹介状はお持ちですか はい (当院 ・ 他院)
 いいえ
- 2, どうされましたか
 血尿 排尿時痛 陰部痛 尿が出ない その他 ()
 健康診断や人間ドッグで異常を指摘された
- 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
- 4, 1ヶ月以内に海外に行かれたか? はい ・ いいえ
- 5, 普段飲んでいる薬はあれば記入して下さい
- 6, 今までにかかったことのある病気がありますか
 ない
 ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病
 緑内障 その他 ()
- 7, 今までに受けた手術がありますか
 ない
 ある ()
- 8, 薬や注射でアレルギーはありますか
 ない
 ある → *薬 (注射) のなまえ () *症状 ()
- 9, 食べ物でアレルギーはありますか
 ない
 ある → *食べ物のなまえ () *症状 ()
- 10, 介護保険の申請: なし ・ あり (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)

※ 女性の方のみご記入ください

- ・ 現在妊娠中ですか はい いいえ
- ・ 現在授乳中ですか はい いいえ