

泌尿器科問診票

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 歳 男 女 既婚 未婚

① 今日はどうなことで来院されましたか

その症状はいつからですか (年 月 日頃から)

② 現在気になる症状がありましたら該当する項目に□印をつけてください

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い |
| <input type="checkbox"/> 下腹が痛い(右・左) | <input type="checkbox"/> 背中が痛い(右・左) | <input type="checkbox"/> 尿が近い |
| <input type="checkbox"/> 尿が赤い | <input type="checkbox"/> 尿がにごる | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる |
| <input type="checkbox"/> おしっこの時痛みがある | <input type="checkbox"/> 尿道から分泌物(膿など)が出る | |
| <input type="checkbox"/> むくみがある | <input type="checkbox"/> 陰茎が腫れている | |
| <input type="checkbox"/> 陰茎(おちんちん)が痛い | <input type="checkbox"/> 睾丸が痛い | <input type="checkbox"/> 睾丸が腫れている |
| <input type="checkbox"/> 停留睾丸 | <input type="checkbox"/> 夜尿症 | <input type="checkbox"/> 勃起不全 |
| <input type="checkbox"/> 不妊相談 | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる | |
| <input type="checkbox"/> その他相談したいことがある | | |

③ 最後に排尿されたのは何時ごろでしたか

午前 午後 (時 分頃)

④ 一週間以内に熱は出ていますか

いいえ はい (月 日 度 分)

⑤ 現在、何かお薬を飲んでいますか

いいえ はい 薬品名 ()

⑥ 現在、通院治療されている病気や怪我はありますか

いいえ はい いつから ()
病名 ()

⑦ 今までに大きな病気や怪我をされましたか

いいえ はい いつから ()
病名 ()

⑧ 今までに手術を受けたことはありますか

いいえ はい いつ ()
病名 ()

⑨ アレルギーはありますか

いいえ はい 何に ()

⑩ 現在 妊娠・授乳中ですか いいえ はい

当院を何でお知りになりましたか?当てはまる物に○をお願いします。(複数回答可)

家族・知人の紹介 ホームページ 看板 電柱広告
他院より紹介 クリニックのしおり その他 ()

重城泌尿器科クリニック

〒346-0114 埼玉県久喜市菖蒲町上栢間 3168

TEL: 0480-85-9088