

# 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