

泌尿器科 問診票

年 月 日

氏名

生年月日

年 月 日

※ 以下の項目で該当する症状に○を付けるか、記入下さい。

1. どのような症状で来院されましたか？

- ① 尿 (排尿前後痛) (残る感じがする) (出にくい)
(近い) 『昼の回数は 回、夜の回数は 回』
(血が混ざる) 『尿全体 排尿後 下着に着く』
(漏れる)

その症状はいつ頃からですか？ ()

- ② 検診で異常があると言われた。
(血尿・蛋白尿・前立腺・超音波・PSA・その他) ()
- ③ 性病の検査をして欲しい。
- ④ 性に関する相談をしたい。
- ⑤ その他 ()

2. 現在、治療中の病気がありますか？ ある / ない
高血圧 糖尿病 喘息 脳卒中 心臓病 腎臓病 その他()

3. 現在、服用しているクスリがありますか？ ある / ない
当院(科) 降圧剤 ワーファリン パナルジン 糖尿病治療剤
その他(病院) 安定剤 その他()

4. アレルギーと言われたことがありますか？ ある / ない
薬() 造影剤()

5. 今までに、手術を受けたことがありますか？ ある / ない
()

6. 女性の方 現在、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ わからない

7. あなたは(たとえ癌であっても)医師から、すべての検査結果・病名・治療方法について説明を受けることを希望しますか？

はい いいえ わからない

8. あなたの御家族が、医師から、すべての検査結果・病名・治療方法について説明を受けることに同意しますか？

はい いいえ わからない

※初診の方は、必ず採尿しますので排尿しないでお待ち下さい。