

# 泌尿器科 問診票

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ( 未婚・既婚 )

☆診察前に尿検査があります。

すぐにトイレに行きたい場合はスタッフまでお知らせください。

1. どのような症状で来院されましたか？(✓をつけて下さい)

- 発熱( \_\_\_\_\_ °C)       腰・背部痛(  右 ・  左 )
- 尿に血が混じる       下腹部痛(  いつも  尿がたまった時  排尿後 )
- 尿が出にくい       睾丸のお悩み(  痛み  腫れている  その他 )
- 尿がもれる       尿が近い(  昼間のみ  夜間のみ  どちらも )
- 尿が残った感じがする       尿が出るときに痛みがある
- 検査で異常を指摘された(  尿潜血  尿タンパク  PSA  その他 )
- その他 [ \_\_\_\_\_ ]

2. その症状はいつからですか？

[ \_\_\_\_\_ ]

3. 現在治療中の病気、かかった病気、手術を受けたことがありますか？(✓をつけて下さい)

- いいえ       はい  高血圧  糖尿病  高脂血症  心臓疾患 ( \_\_\_\_\_ )
- 肝・腎臓病( \_\_\_\_\_ )  がん( \_\_\_\_\_ )
- 脳疾患( \_\_\_\_\_ )  ぜんそく
- その他( \_\_\_\_\_ )

4. 手術を受けたことがある方は、詳しく記入してください。

\* 手術の内容 : \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_ 体内金属 :  なし  あり

5. 今、服用している薬はありますか？

- いいえ       はい ( お薬手帳  なし  あり \*手帳の提出をお願いします )

6. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- いいえ       はい ( 食べ物 \_\_\_\_\_ ) ( お薬 \_\_\_\_\_ )

7. 検査で造影剤を使用して、具合が悪くなったことがありますか？

- なし       あり       検査をしたことがない

8. お酒は飲みますか？  いいえ  はい( どの程度 \_\_\_\_\_ )

9. タバコは吸いますか？  吸わない  吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間) ・ 禁煙した( \_\_\_\_\_ 年前)