泌 尿 器 科 問 診 票

身長　　cm
体重　　kg
体温　　℃

お名前　　様

1. 今日はどのような症状で受診されましたか？
　・尿が近い（ 日中 ・ 夜 ）　・尿がもれる　・尿に血がまじる
　・尿が出るとき痛い　・尿がでにくい　・尿が残る感じがある
　・熱がある　・尿失禁
　・腰に痛みがある（ 右 ・ 左 ）・脇腹に痛みがある（ 右 ・ 左 ）
　・痛みを　我慢できる　我慢できない
　・検診で指摘された（ 潜　血 ・ 前立腺 ）　・その他（　　）

2. それはいつ頃からですか？
　今日（　時頃）・ 昨日 ・ 2～3日前 ・ 1ヶ月位前 ・ それ以前（　前）

3. 他の病院で見てもらいましたか？
　はい （病院名　　）　いいえ
　薬の処方は　あった　なかった

4. 今、通院されている病院はありますか？
　病院名（　　）　病名（　　）
　病院名（　　）　病名（　　）

5. 当院で治療を受けている科はありますか？
　科名（　　）　病名（　　）
　科名（　　）　病名（　　）

6. 今まで手術を受けたこと、入院したことがあったらご記入ください。
　（　　）
　（　　）

7. 薬や食べ物で、アレルギーまたは具合いが悪くなった事はありますか？
　ない　ある
　「ある」と答えた方　薬（　　）　食べ物（　　）

8. たばこは吸われますか？
　吸ったことがない　吸う（吸っていた）
　（1日 ＿＿＿ 本 ＿＿＿ 歳から＿＿＿ 歳 ＿＿＿ 年間）

9. お酒は飲まれますか？
　いいえ　はい （1日量　　）

10. 血液サラサラ(抗凝固薬)を服用していますか？
　はい　いいえ

11. お薬手帳を持参していますか？
　はい　いいえ　※持参している方は受付へお出しください

12. 家族や身内の方に大きな病気をした方はいますか？
　誰がどんな病気かご記入ください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

☐ マイナンバーカードを保険証として利用した場合の診療情報取得に同意します。