

# 泌尿器科問診票

受診日： 年 月 日

ふりがな お名前		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)	性別	男性 女性
住所	〒 -				
電話番号	- -	携帯電話	- -		

1. 本日はどのような症状で受診されましたか。それはいつ頃からですか。

頻尿 夜間頻尿 尿勢低下 残尿感 尿もれ 血尿 排尿時痛

その他の症状 ( )

いつ頃からですか? ( )

2. 今までに指摘されたことがある病気全てに○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 不整脈 脳卒中 肝臓病 腎臓病 高尿酸血症

ぜんそく 花粉症 鼻炎 副鼻腔炎 アトピー性皮膚炎 じんましん 胃炎・胃かいよう

その他の病気 ( )

3. 今までに手術を受けたことはありますか。(有・無)

手術名：

時期：

4. 現在服用中のお薬はありますか。(有・無) お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

( )

5. お薬や食物でアレルギー症状を起こしたことはありますか。(有・無)

(お薬)

(食物)

6. タバコは吸いますか。(吸っている・やめた・吸わない)

1日に吸う本数： 本、喫煙を開始した年齢： 歳、やめた年齢： 歳

7. お酒を飲みますか。(飲む・時々・飲まない) 週に 日、1日に飲む量：

8. 女性にお尋ねします。現在妊娠中／授乳中ですか。(はい・いいえ・わからない)