


年 月 日

 ながね泌尿器科皮フ科クリニック

体温: 度

ID: _____

泌尿器科問診票

・初診の患者さんへ 尿検査をすることがありますので、**排尿をせず**にお待ちください。
(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)

フリガナ				性別	男・女
氏名	様				
生年月日	明大昭平令 年 月 日	歳	体重	Kg	
住所	〒		携帯☎		
			自宅☎		

①どのような症状で来院されましたか？☑をつけてください

がまんできない方はスタッフに声をかけてください。

- | | |
|--|---|
| ① <input type="checkbox"/> 尿が出にくい・出ない | ⑨ <input type="checkbox"/> 尿に血が混ざる |
| ② <input type="checkbox"/> 尿が残った感じがする | ⑩ <input type="checkbox"/> 陰部の異常(かゆみ・腫れ・痛み) |
| ③ <input type="checkbox"/> 尿が出るとき痛い | ⑪ <input type="checkbox"/> ED(処方希望) |
| ④ <input type="checkbox"/> 下腹部に痛みや違和感がある | ⑫ <input type="checkbox"/> 性病検査 |
| ⑤ <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | ⑬ <input type="checkbox"/> 男性更年期障害 |
| ⑥ <input type="checkbox"/> 尿が漏れる | ⑭ <input type="checkbox"/> 夜尿症(おねしょ) |
| ⑦ <input type="checkbox"/> 熱がある | ⑮ <input type="checkbox"/> その他() |
| ⑧ <input type="checkbox"/> 背中、腰が痛い(右・左) | |

②いつ頃からお困りですか？()

③現在治療中の病気はありますか？

なし・脳梗塞・糖尿病・脊椎疾患・慢性腎臓病・高血圧・心臓病・緑内障・悪性疾患
その他()

④既往歴、入院歴、手術歴はありますか？ ある・なし
()

⑤現在内服中の薬はありますか？ ある・なし(お薬手帳をご提示ください)
()

⑥薬、食物等でアレルギー・副作用はありますか？ ある・なし
()

⑦(女性の方のみ)現在妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ・わからない

⑧当クリニックをお知りになったのは？
建物・パンフレット・インターネット・知人紹介・他院(医師)紹介・他()

ご記入が済みましたら、受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。