

# 問 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 体重 \_\_\_\_\_ Kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

\*該当する箇所に○をしてください

1. 泌尿器科の受診は初めてですか？ はい  いいえ
2. どんな症状がありますか？ 該当するところを下から選んで○をしてください。
  - ( ) 排尿に関すること（頻尿 ・ 残尿感 ・ 我慢できない ・ 尿が出にくい ・ 尿もれ）
    - ・ 朝起きてから寝るまでの尿の回数は何回ですか？ 回
    - ・ 眠ってから排尿のために起きる回数は何回ですか 回
  - ( ) 排尿時に痛みがある（する前・排尿中・排尿後）
  - ( ) 血尿がでた
  - ( ) ペニスや副精巣（睾丸）の痛みや腫れ（      ）
  - ( ) 下腹部の痛みや違和感がある
  - ( ) 健康診断で再検査が必要といわれた（・尿潜血 ・ タンパク ・ 腎臓機能 ・ PSA ）
  - ( ) 夜尿症（おねしょ）についての相談
  - ( ) 性病の心配がある
  - ( ) 精液検査（不妊検査）の希望
  - ( ) ED（勃起不全）
  - ( ) 性器の形（包茎など）やその他性器に関すること
  - ( ) その他： \_\_\_\_\_
3. ○印の症状はいつ頃からありますか？ （      から）
4. 今までにそのことで治療をしたことがありますか？ ある  ない   
いつ頃どんな治療ですか
5. 今までに大きな病気をしたことがありますか？ ある  ない   
病名：
6. 今までに手術をしたことがありますか？ ある  ない   
・いつ：      手術名：
7. 現在治療中の病気がありますか？ ある  ない   
病名：
8. 服薬している薬がありますか？ ある  ない   
薬品名：薬手帳をお持ちの方は必ず提出してください。記入はいりません！！
9. アレルギーがありますか？ ある  ない   
・何のアレルギーでどんな症状が出ますか？
10. 妊娠または授乳中ですか？ はい  いいえ