

泌尿器科問診票

当院では事故防止・安全確保のため、氏名での呼び出しを行っていますが、望まない方は
にを入れて下さい。

※ ほとんどの方は、診察前に尿検査をお願いします。尿をしないで外来での指示をお待ち下さい。

		年	月	日
ふりがな		男・女		
お名前				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日()歳

※以下の該当する項目にを入れ、必要項目を記入して下さい。

1. 紹介状はお持ちですか はい いいえ

2. どうされましたか

- (脇腹・背中・おなか・腰)が痛い 熱がある ()℃
 尿が漏れる 尿が出ない 尿が出にくい 排尿時痛がある
 尿の回数が多い(回/日) 血尿 陰部痛
 健康診断・人間ドックで異常を指摘された 患部にかゆみがある
 陰部 (かゆみ・痛み・うみがでる)

※自由診療となる可能性があります。

性感染症精査希望

3. その症状がいつから、どのように具合が悪いのか具体的にお書きください。

[]

4. ふだん飲んでいる薬があれば記入して下さい。

当院処方分のみ 当院+他院 お薬手帳持参 (あり・なし)
(薬の名前 :)

5. 今までにかかったことのある病気はありますか? ある場合は記入して下さい。

(病名:) (いつ頃:)

6. 過去に手術を受けたことがありますか? ある (手術名:)
(いつ頃:)

ない

7. 薬や注射でアレルギーはありますか

ない
 ある (薬の名前:)
(症状:)

8. 食べ物でアレルギーはありますか

ない
 ある (食品名:) (症状:)

9. 女性の方のみご記入ください

・現在妊娠中ですか はい いいえ 可能性がある