

# 泌尿器問診票

平成 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )  
□ 男 □ 女 □ 既婚 □ 未婚  
住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) 携帯電話 ( \_\_\_\_\_ )  
身長 cm 体重 kg お熱 度 分 (本日、計温している方)

以前、他の医療機関で院長：上野の外来を受診したことはありますか？ □ はい □ いいえ  
「はい」とお答えいただいた方は、下記にご記入ください。  
受診した年月： 年 月頃 病名： ( \_\_\_\_\_ )

上記で「はい」とお答えの方は下記の③～⑩に、  
「いいえ」とお答えの方は①～②にご記入ください。

① 今日どのような事で来院されましたか？  
[ \_\_\_\_\_ ]  
その症状はいつからですか？ ( 年 月 日頃から )

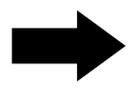
② 現在、気になる症状がありましたら該当する項目の□に印をつけてください。  
□尿が出にくい □残尿感がある □尿の勢いが弱い  
□下腹が痛い〔左・右〕 □背中が痛い〔左・右〕 □尿が近い(夜間 回)  
□尿が赤い □尿がにごる □尿が漏れる  
□おしっこの時痛みがある □尿道から分泌物(膿など)がでる  
□むくみがある □陰茎が腫れている  
□陰茎(おちんちん)が痛い □睾丸が痛い □睾丸が腫れている  
□停留睾丸 □夜尿症 □勃起不全  
□不妊相談 □精液に血が混ざる  
□その他相談したいことがある ( \_\_\_\_\_ )

③ 最後に排尿されたのは何時ごろでしたか？  
□ 午前 □ 午後 ( 時 分ごろ )

④ 一週間以内に熱はでていますか？  
□ いいえ □ はい ( 月 日 度 分 )

⑤ 現在、何かお薬を飲んでいますか？  
□ いいえ □ はい

⑥ 現在、通院治療されている病気や怪我はありますか？  
□ いいえ □ はい いつから ( \_\_\_\_\_ )  
病名 ( \_\_\_\_\_ )

※うら面もご記入ください 

⑦ 今までに大きな怪我や病気をされましたか？

いいえ  はい 　いつ ( )  
病名 ( )

⑧ アレルギーはありますか？

いいえ  はい 　何に ( )

⑨ 現在、喫煙されていますか？

いいえ  はい ( 本／1日)

☆以前喫煙していたが現在禁煙している方はいつから禁煙しているかお答えください。

( ) から

⑩ 現在、妊娠・授乳中ですか？

いいえ  はい

当院を何でお知りになりましたか？あてはまる項目に○をお願いします。(複数回答可)

- ・家族・知人の紹介
- ・ホームページ
- ・看板
- ・電柱広告
- ・他院より紹介
- ・クリニックのしおり
- ・その他 ( )

ご記入ありがとうございました。

さいたま泌尿器・ひふ科クリニック

〒350-1213 埼玉県日高市高萩蔵脇 171-3

安藤ビル 1F

TEL : 042-978-9591