

泌尿器問診票

令和 年 月 日

ふりがな 生年月日
氏 名 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

男 女 既婚 未婚

住 所 〒 -

連絡をさせて頂く場合がございますので、
可能でしたら携帯もご記入ください。↓

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①～⑩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。

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い |
| <input type="checkbox"/> 下腹が痛い〔左・右〕 | <input type="checkbox"/> 背中が痛い〔左・右〕 | <input type="checkbox"/> 尿が近い(夜間 回) |
| <input type="checkbox"/> 尿が赤い | <input type="checkbox"/> 尿がにごる | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる |
| <input type="checkbox"/> おしっこの時痛みがある | <input type="checkbox"/> 尿道から分泌物(膿など)がでる | |
| <input type="checkbox"/> むくみがある | <input type="checkbox"/> 陰茎が腫れている | |
| <input type="checkbox"/> 陰茎(おちんちん)が痛い | <input type="checkbox"/> 睾丸が痛い | <input type="checkbox"/> 睾丸が腫れている |
| <input type="checkbox"/> 停留睾丸 | <input type="checkbox"/> 夜尿症(おねしょ) | <input type="checkbox"/> 勃起不全 |
| <input type="checkbox"/> 不妊相談 | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる | |
| <input type="checkbox"/> 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 最近、他院を受診して 細菌・ウイルスによる感染症と診断されたことはありますか？

いいえ はい 診断された日 (年 月 日)
病名 ()

⑥ 現在、何かお薬を飲んでいますか？

いいえ はい

※うら面もご記入ください



⑦ 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 ()

⑧ 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 ()

⑨ アレルギーはありますか？

いいえ はい 何に ()

⑩ 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

⑪ 現在、妊娠・授乳中ですか？

いいえ はい

↳ 妊娠中の方 (現在 週目 / 出産予定日: 年 月 日)

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