

泌尿器科問診票

年 月 日

氏名: _____ 様 (_____ 歳)

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温: _____ °C

1. 本日はどのような症状で来院されましたか

[_____]

2. その症状はいつ頃からですか

(_____)

3. 今回の症状について、他の病院で診てもらったことがありますか

いいえ はい (_____ 病院 _____ 科 _____ 年 _____ 月頃から)

4. 紹介状やレントゲン・検査結果はお持ちですか

いいえ はい

5. 食べ物やお薬のアレルギーはありますか

いいえ はい

6. 現在、あるいは過去に下記の病気にかかったことがありますか

以前かかったことがあるものには○を、現在かかっているものには◎を付けてください

() 心臓病 () 高血圧 () 糖尿病 () 胃腸病

() 結核 () 喘息 () 婦人科疾患 () 腎尿管結石

() 緑内障

7. 現在、服用中のお薬はありますか

いいえ はい (薬剤名: _____)

8. かかりつけの病院はありますか

いいえ はい (_____ 病院 _____ 科)

9. 結婚されていますか

いいえ はい

10. 女性の方で、現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか

いいえ はい (妊娠中の方 現在 妊娠 第 _____ 周)

最終月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

尿検査をする場合があります

診察までトイレには行かないようにしてお待ちください。

診察時間まで待てない場合は、受付にお申し出ください。