

はら泌尿器科 初診時間診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな				生年月日
お名前			明治・大正・昭和・ 平成・西暦	_____年 _____月 _____日生
				満 _____ 歳
ご住所	〒 _____			
電話番号	ご自宅	携帯	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	ご職業
	_____	_____		_____

●本日はどのような症状で来院されましたか？

●その症状はいつ頃からですか？ _____

●下記の症状で当てはまるところに☑して下さい

- 排尿時・排尿後に痛みがある 排尿後に残った感じがある(残尿感)
 尿の出が悪い(排尿困難) 尿を我慢するのがつらいことがある(切迫)
 尿の回数が多い(頻尿) 夜の尿の回数が多い(夜間頻尿)
 尿漏れがある(尿失禁)
 尿に血が混じる(血尿) 尿道から膿が出る

●今までにかかった病気はありますか？

ない ある 「ある」とした方は詳しく記入して下さい

高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管疾患 肝臓病 腎臓病 悪性腫瘍(がん)

尿路結石症 その他: _____

●花粉症・ぜんそく・じんましんなどのアレルギーがありますか？

ない ある(詳細: _____)

●お薬や注射などで副作用がでたことがありますか？

ない ある(詳細: _____)

●血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？

飲んでいない 飲んでいる(詳細: _____)

●喫煙歴

全く吸っていない 過去に吸っていた 現在も吸っている(____本×____年)

●飲酒歴

全く飲まない 過去に飲んでいた 現在も飲んでいる(1日あたりビール____mL 日本酒____合)

●成人女性の方へ 現在妊娠されていますか？

いいえ 分からない 妊娠している

●その他何かあればご記入下さい

(_____)

——ありがとうございました。問診は以上です——