

泌尿器科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 M・T・S・H 年 月 日(歳)

住所 〒 _____

電話番号 _____ 既婚 ・ 未婚

日中連絡の取りやすい携帯電話番号など _____

1. どこが悪いのですか？ (いつ頃からどんな状態ですか？)

* 該当するものに○をつけてください。

尿の勢いが悪い 血尿がでた 排尿時に痛い 背中が痛い 性病検査
顔がむくむ 腎・尿管結石 頻尿である 残尿感がある 尿混濁がある

その他 _____ いつ頃から _____

2. 泌尿器科は初めてですか？(他院を含めて) はい・いいえ

3. 今まで血尿が出たことがありますか？ はい・いいえ

4. トイレの回数は1日何回ですか？ (_____ 回)・(夜寝てから _____ 回)

5. 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ
はいの方は、病気・手術名をご記入ください。(_____)

6. 現在、治療中の病気がありますか？はい(_____)・いいえ

7. アレルギー(食物・薬・アレルギーの病気)はありますか？
はい(_____)・いいえ

8. 女性の方に

現在、妊娠していますか？また、妊娠している可能性がありますか？

はい・いいえ

妊娠の経験のある方 (妊娠 _____ 回 ・ 流産 _____ 回)

9. 当院をどのようにして知りましたか？

インターネット・看板・広告・その他(_____)

ご記入いただきました個人情報、診療行為以外の目的には使用いたしませんので
ご安心ください。ご協力ありがとうございました。

信濃町診療所 Clinica Medica