

泌尿器科問診票

記入日： 年 月 日

お名前（ ）男・女 年齢（ 歳）体温（ ℃）

身長（ ）cm 体重（ ）kg

下記の事項に記入またはあてはまるものを○で囲んでください。

- 本日来院された理由を、具体的に記入してください。

[]

- 現在、尿が残った感じがありますか？ はい ・ いいえ
- 排尿時に痛みがありますか？ はい ・ いいえ
- 赤い尿（血尿）や濁った尿（膿尿）がありますか？ はい ・ いいえ
- 尿の勢いはありますか？ はい ・ いいえ
- 一日の尿の回数は何回ですか？

起きている時（ 回） 寝ている時（ 回）

- 熱はありますか？ はい（いつ頃から？） ・ いいえ
- 今までに、下記のような病気にかかったことがありますか？

腎盂腎炎 ・ 膀胱炎 ・ 尿管結石 ・ 結核 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病
心臓病 ・ 梅毒 ・ 淋病 ・ その他（ ）

- 今までに手術を受けたことがありますか？
はい（ 歳）（ ） ・ いいえ

- アレルギーの体質と言われたことがありますか？
はい 食品（ ） ・ いいえ
薬品（ ）
その他（ ）

女性の方のみ；現在妊娠の可能性ありますか？ はい ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

最終月経（ 月 日～ 月 日）

ご記入いただきました情報は診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません

阪南市民病院 泌尿器科