

初診 _____
再来

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	体重	体温
氏名		男・女	kg	℃
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳			
住所・電話番号	〒 電話番号 () -			

(あてはまるものに☑してください。 答えにくい場合は直接医師にお話してください。)

- ☐ トイレの回数が多い (昼間_____回・就寝中_____回) (就寝時間_____頃・起床時間_____頃)
- ☐ 尿が漏れる (我慢が出来ない・知らぬまに漏れる・咳などで漏れる) パット使用 (あり・なし)
- ☐ 尿が出にくい (出そうで出ない・勢いがない・全く出ない)
- ☐ 排尿時に痛みがある (出始め・出終わり・全体)
- ☐ 残尿感がある
- ☐ 尿の異常 (血が混じる・濁っている・泡がたつ)
- ☐ 痛みがある (腰・わき腹(右・左)下腹・睾丸(右・左)陰茎・ その他_____)
- ☐ 今までに結石をしたことがある いつ頃: _____
- ☐ 陰のうの異常 (腫れている・その他_____)
- ☐ 陰茎の異常 (腫れている・赤くなっている・包茎が心配・その他_____)
- ☐ 精液に血が混じる
- ☐ 検診等で異常を指摘された (尿潜血・尿タンパク・尿路結石・PSA高値・GFR値・その他_____)
- ☐ 前立腺癌検診 (P S A) を受けたことはありますか? いつ頃_____ 数値_____
- ☐ おねしょ
- ☐ 不妊 (未婚・既婚: 結婚_____年)
- ☐ 性病が心配
- ☐ ED
- ☐ 男性更年期
- ☐ その他
- ☐ 女性の方へ (生理_____日目・妊娠の可能性がある・妊娠_____週目・授乳中・ピル内服中・その他_____)

■ 今回の症状は、いつ頃からですか?

_____時間前 _____日前 _____週間前 _____ヶ月前 _____年前

■ 今回の症状で他院を受診しましたか? (はい・いいえ)

はいの方は いつ頃 _____ 医療機関名 _____

*裏面もご記入をお願いします。

- 現在、通院中の医療機関はありますか？ （はい・いいえ）

はいの方は 医療機関名_____

病名を○で囲ってください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風 狭心症 心筋梗塞 不整脈 脳梗塞 脳出血 緑内障

その他_____

- 現在、内服中のお薬はありますか？ （はい・いいえ）

はいの方は **お薬手帳を提示してください。**

お持ちでない方は記入してください。_____

- これまでに大きな病気にかかれたことはありますか？ （はい・いいえ）

（入院や手術を要する病気等）

はいの方は 病名_____

- 薬や注射のアレルギーはありますか？ （はい・いいえ）

はいの方は 薬品名_____

- 嗜好品について アルコール（飲む・飲まない） たばこ （吸う・吸わない）

- 医師に伝えておきたい事、今後の治療にあたっての希望等があれば、ご記入ください。

上記は個人情報として診察のみに使用します。