

# 泌尿器科 問診票

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ お名前	生年月日
男・女	大・昭・平・令                      年                      月                      日
ご住所 〒	お電話番号 携 帯:                      (                      ) ご自宅:                      (                      )
ご来院のきっかけ インターネット検索 ・ バス広告 ・ 新聞折込チラシ ・ ポスティングチラシ ・ お知り合いからの紹介 他院からの紹介状 ・ 以前からの継続 ・ 電柱広告 ・ 近くを通りかかって ・ その他(                      )	

## 1.いつから、どのような症状がありますか？（該当するものに○、またはご記入下さい）

(                      年                      月                      日から /                      くらい前から)

- ・尿が赤い    ・尿が濁っている    ・潜血が出ていると言われた    ・尿が出にくい    ・尿の回数が多い
- ・残尿感がある    ・排尿時に痛みがある    ・尿がもれる    ・痛みがある(部位:                      )
- ・熱がある    ・性病の恐れがある    ・腫れている(部位:                      )    ・尿道から膿が出る
- ・精液に血が混ざる    ・健康診断で受診をすすめられた(                      )
- ・その他(                      )

## 2.今までにかかった病気はありますか？

いいえ

はい    糖尿病 ・ 高血圧 ・ 結核 ・ 心臓病 ・ 脳血管疾患 ・ 結石(腎・尿管) ・ 腎盂腎炎  
 その他(                      )

「はい」の方は、現在飲んでいる薬があればご記入ください

(                      )

## 3.今までに手術を受けたことはありますか？

病名・手術名	時 期	病 院 名
	年   月   才	
	年   月   才	

## 4.アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (薬品名・食品名など:                      )

## 5.日常生活についてお尋ねします

アルコール: 飲まない ・ 以前飲んでいた(                      歳~                      歳) ・ 飲む(何を                      量:                      / 日)

タバコ:                      吸わない ・ 以前吸っていた(                      歳~                      歳) ・ 吸う(                      本 / 日)



**元町マリン眼科**

motomachi marine eye clinic