

予約日 / : 受付日 /

泌尿器科問診票（男性用）

※マイナ保険証利用希望しますか？（はい・いいえ）紹介状持参（有・無）ID：_____

| | | | | | |
|------|------|---|---|---|---|
| フリガナ | 大昭 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| お名前 | 平令 | | | | |
| 電話 | 携帯電話 | | | | |
| 住所 | | | | | |

初診の皆様へのお願い：排尿はしないでお待ち下さい

① 受診理由

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい |
| <input type="checkbox"/> 精液に血が混じる | <input type="checkbox"/> 尿が出るときに痛い | <input type="checkbox"/> 背中・腰が痛い（左・右） |
| <input type="checkbox"/> 陰茎（ペニス）の異常 | <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 性感染症の疑いがある |
| <input type="checkbox"/> 熱が出た | <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された | <input type="checkbox"/> 性機能障害（ED） |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | | <input type="checkbox"/> 男性更年期障害 |
| （ 日中 回 夜間 回 ） | | <input type="checkbox"/> 男性不妊 |
| | | <input type="checkbox"/> おねしょ（夜尿症） |

※上記症状はいつ頃からですか？ 日前・ 週間前・ カ月前・ 年前より

※現在、他の医療機関に通院していますか？（はい・いいえ）

※この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受けたことがありますか？（はい・いいえ）

② 今までにかかった病気、現在治療中の病気（有・無）

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 認知症 | <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 | <input type="checkbox"/> 脳血管障害 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 神経疾患 | <input type="checkbox"/> 精神科疾患 | |
| <input type="checkbox"/> 手術（ ） | | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

③ 現在服用中の薬（有・無） お薬手帳（有※持参・有※持参してない・無）

- 抗凝固薬の服用（有・無） その他（
（血液サラサラのお薬）
）

④ 薬、食べ物のアレルギー（有・無） 抗生剤でアレルギーはありますか？（有・無）

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かぜ薬 | <input type="checkbox"/> ピリン系 | <input type="checkbox"/> 造影剤（ヨード） | <input type="checkbox"/> アルコール |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

⑤ 身体所見

身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg 体温 °C 脈 回/分

ご不明な点がありましたら、受付までお申し出ください。



尿もれ 頻尿 排尿困難 前立腺検査
ヒルズカーデンクリニック

当院は皆さまの思いに Hospitality -おもてなしの心-
を持って寄り添う、地域に根ざしたかかりつけ医を目指します。

院長 米納 浩幸

差し支えなければ、アンケートにご協力ください。

当院をお知りになったきっかけは？

尿もれ 排尿 困難 前立腺検査



当院は皆さまの思いに Hospitality - おもてなしの心 - を持つて寄り添う、地域に根ざしたかかりつけ医を目指します。

院長 米納 浩幸

【 医 療 情 報 取 得 加 算 】

当院はオンライン資格確認を行う体制を有する医療情報取得加算の算定医療機関となっており、初診・再診料に医療情報取得加算が加算されます。

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力お願ひいたします。