

泌尿器科問診票（男性用）

ID: _____

フリガナ お名前	明 大 昭 平	年	月	日	歳
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

 点滴療法希望（自費）

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <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"/> 尿が出るとき痛い | <input type="checkbox"/> 背中・腰が痛い（右・左） |
| <input type="checkbox"/> 陰茎（ペニス）の異常 | <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい | <input type="checkbox"/> パートナーが性感染症になった |
| <input type="checkbox"/> 熱が出た | <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 性機能障害（ED） |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された | <input type="checkbox"/> その他 |
| （ 日中 回 ） | （ ） | （ ） |
| （ 夜間 回 ） | （ ） | （ ） |

※上記症状はいつ頃からですか？ 日前・ 週間前・ ヶ月前・ 年前より

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・無）

※お薬手帳持参の方は記入しなくて結構です。

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抗凝固薬の服用（有・無）
<small>（血液サラサラのお薬）</small> | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|---|---------------------------------|

④ 薬、食べ物のアレルギー（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 _____ ℃ 脈 _____ 分

ご不明な点がございましたら、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



ヒルズガーデンクリニック

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？

- 家族 友人・知人 電話帳 当院の前を通過して
 道沿いの看板 電柱の案内板 新聞・チラシ 他院で当院医師にかかったことがある
 インターネットで検索 ホームページを見て
 他院からの紹介 () 紹介状: 有・無
 その他 ()



尿もれ 頻尿 排尿困難 前立腺検査

ヒルズガーデンクリニック

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

資格 日本がん治療認定医機構 認定医
点滴療法研究会 高濃度ビタミンC点滴療法認定医 他

広告



がん治療の
新しい
選択肢。

治療と予防が
同時にできる。
がんと闘う身体を
しっかりサポートします。

「高濃度ビタミンC点滴療法」とは
高濃度ビタミンCを点滴で投与す
ると、がん細胞にだけ抗がん作用を
働きかけ、正常な細胞をむしろ活性
化してくれることが明らかにありまし
た。副作用のないがん治療として今、
注目されている最新医療です。

※ 自費診療です。