

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 お名前	大 昭 平 令	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

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い | <input type="checkbox"/> 点滴療法希望（自費） |
| <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"/> 尿が出にくい |
| <input type="checkbox"/> 陰茎（ペニス）の異常 | <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 背中・腰が痛い（左・右） |
| <input type="checkbox"/> 熱が出た | <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された | <input type="checkbox"/> 性感染症の疑いがある |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | 〔 〕 | <input type="checkbox"/> 性機能障害（ED） |
| 〔 日中 回 〕 | | <input type="checkbox"/> 男性更年期障害 |
| 〔 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 ）（血液サラサラのお薬） その他（ _____ ）

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

