

# 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"/> 性感染症の疑いがある   |
| <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 ) | <input type="checkbox"/> 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 )

- |                                  |                               |                                   |                                |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <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しまし  
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。