

***尿を溜めておいて下さい**

受診日： 年 月 日 ()

紹介状 (有 ・ 無)

泌尿器科 問診票

*当院泌尿器科にかかるのは初めてですか

(はい ・ いいえ)

前回受診： 年 月 頃

※当院で計測

体温	度	脈拍		血圧	/	Spo2	%
----	---	----	--	----	---	------	---

氏名 _____

性別 男 ・ 女 _____

職業 _____

年齢 _____ 歳

結婚、またはパートナーがいますか (はい ・ いいえ)

1日の排尿回数： 朝起きてから就寝まで _____ 回・就寝後から朝まで _____ 回

1. 泌尿器科受診目的を教えてください (あてはまるものにチェック☑をしてください)

★今回の症状はいつ頃からですか (_____)

痛みがある ・ どこが痛いですか _____

・ どんな痛みですか _____

排尿したいのに尿が出ない

・ 最後に行ったトイレ (午前 ・ 午後) _____ 時頃

尿線が細く、排尿に時間がかかる

1回の排尿量が少ない

トイレの後、残尿感がある (スッキリしない)

排尿する時に痛みがある

何度もトイレに行きたくなる

尿道から膿み (うみ) が出た

発熱 ・ いつからですか _____

尿がもれる ・ どんな時ですか _____

血尿が出た (目でみて尿が赤い) または出血があった ・ それはいつですか _____

健康診断等で尿異常の指摘 (蛋白尿 ・ 潜血 ・ その他) : 結果をお見せください

尿がにごっている

※裏面もご記入ください

★男性の方へ

- 陰嚢内に腫れやしこりがある
- 精液に血液が混ざった
- PSA の検査をしたことがある
(いつ? ・結果は?)
- 下記の内容について相談したい
(前立腺・包茎・不妊・ED)

★女性の方へ

- 現在、生理中ですか
(はい・いいえ)
- 現在、妊娠の可能性がありますか
(有・無)

2. 他に泌尿器科関係で相談したいことがある場合は内容を記入してください

3. 現在かかっている病気 または 過去にかかった病気 はありますか

年齢	病 名	病 院 名	手術 あり
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

4. 現在のんでいるお薬 (有・無) 内容がわかるものをお見せください (お薬手帳など)

5. 血縁者(親、兄弟)に次の疾患の方はいますか (はい・いいえ)

がん・糖尿病・高血圧・尿路結石・結核・遺伝性の病気

6. たばこは吸いますか (はい・いいえ) はい→ _____ 本数/日

7. 飲酒はしますか (はい・いいえ) はい→種類と量 (ビール・日本酒・焼酎)

8. コロナワクチン接種はしましたか (はい・いいえ) はい→ _____ 回接種