

# 問診票

当院は診察に際して初・再診時に尿検査がございます。

ふりがな

お名前

性別 男 ・ 女

生年月日 (大正・昭和・平成・令和 年 月 日)

年齢 歳

住所：〒

TEL： (世田谷区の方は世田谷区より後をご記入下さい)

頂いた個人情報プライバシー保護の観点から厳重に管理致します。

急を要する場合などには当院からご連絡をする場合がございます。

1. 本日はどうされましたか？ 体温 ( °C) 血圧 ( / )

■いつからですか？ ( ) 時間前、昨日、( ) 日前、それより前 ( )。

- ①尿が出にくい ⑨熱が出た ( °C)  
②排尿時の痛みがある ⑩男性機能 (ED、男性更年期障害) について  
③尿の回数が多い ⑪性器の異常 (陰茎・陰囊・精巣の→赤み・痛み・かゆみ)

(日中： 回、寝てから起きるまで： 回) ⑫睡眠時無呼吸症候群について

④尿が残った感じがする ⑬性感染症について

⑤尿が漏れる (我慢が効かないで・くしゃみや咳で) ⑭健診・人間ドックでの検査所見異常

⑥尿に血が混じる ( )

タバコ (1日 \_\_\_ 本、 \_\_\_ 年、吸わない、やめた) ⑮夜尿症 (お子様の寝ている間のお漏らし)

⑦下腹部に不快感がある ⑯ブライダルチェックをご希望

⑧側腹部 (右・左)、下腹部 (右・左) の痛みがある (オプション：精液検査 有・無、睡眠時無呼吸検査：有・無)  
(尿路結石症の既往 あり・なし) ⑰その他 ( )

2. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？

高血圧 脂質異常症 (高脂血症) 糖尿病 高尿酸血症 狭心症/心筋梗塞 脳卒中 悪性腫瘍

手術歴 ( ) その他 ( )

→現在治療していますか？ している していない

3. 現在飲んでいる処方薬 (医療機関で処方される薬) はありますか？ ある なし

おくすり手帳や診療情報提供書をお持ちの方は拝見しますので診察前に受付にお渡してください。

ご面倒ですので内服薬は当方でお薬手帳を確認しますので詳細は記載頂かなくて結構です。

(内服薬： )

4. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ある なし

(食物： 薬： その他： )

5. (女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

6. 診療に対するご要望があればお書きください。

( )

当クリニックを受診したきっかけを教えてください (複数回答でも構いません)

近所に在住 ホームページ (ネット検索： ) 駅の広告 知人の紹介 情報誌の広告

他の医療機関から紹介 (医療機関名： )

その他 ( )

ご記入ありがとうございました。

せたがや泌尿器腎クリニック