

泌尿器科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____

1) 調子が悪くなったのは、いつ頃からですか？ 症状について詳しくご記入下さい。	
2) 現在どのような状態(症状)がありますか。 <input type="checkbox"/> 尿が出にくい <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い (昼間の回数 : _____ 回) (夜間の回数 : _____ 回) <input type="checkbox"/> 尿を出す時に痛みがある <input type="checkbox"/> 尿が漏れる (_____) <input type="checkbox"/> 尿が残った感じがある <input type="checkbox"/> 尿に血が混ざる <input type="checkbox"/> 検診で血尿があると言われた <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐(もどす) <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
3) 今までに手術をしたこと、大きな病気をされたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
4) 現在、何かお薬を飲んでおられますか？ <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる 薬の名称 (_____)	
5) ぜんそく、アレルギー、じんましん、鼻炎など今までに言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
6) 薬を飲んだり、注射をして気分が悪くなったり、副作用が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬の名称 (_____)	
7) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい(国名: _____ 帰国日: _____) <input type="checkbox"/> いいえ または、上記の方との接触がありますか？ <input type="checkbox"/> はい(国名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ	
☆女性の方へ ・ 現在妊娠中またはその可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 生理中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

ID : _____

問診入力者 : _____

