

泌尿器科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____

職業 : _____

1) 本日、来院された理由及び症状について、詳しくご記入下さい。	月 _____ 日 _____ 頃からどうされましたか？
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"/> 検診で血尿といわれた <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 嘔吐(もどす) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
3) 現在、他の病院(医院)で治療中の方は、どのような病気で何のお薬を服用していますか？ 治療中の病気が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 (_____) いつから (_____) 病名 (_____) いつから (_____) 飲んでいるお薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____) お薬手帳 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※問診票と共に受付にご提出ください その他あれば (_____)	
4) 今までに手術をしたこと、大きな病気やケガ(事故を含む)をされたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)	
5) 今までに次の病名と診断されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症) (<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 花粉症)	
6) アレルギー(お薬・食べ物・金属など)はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬 (_____) 食べ物 (_____) 金属 (_____)	
7) お薬・食べ物・金属などで気分が悪くなったり、湿疹が出たりしたことがある方は、どのようなことで、どのような状態になりましたか？	
8) 嗜好品についてお聞きます。 お酒は (<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む : 週に _____ 回)、お酒の種類 : (_____) を(量 : _____) ぐらい たばこは (<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸っていた 1日 _____ 本 年間)	
9) お身内(親・兄弟・子供)に癌と診断された方はおられますか？ ・ 続柄 (_____) ・ 癌の種類 (_____) ・ 続柄 (_____) ・ 癌の種類 (_____)	
10) 女性のみご記入ください。(妊娠中の方は、診察室でも担当医に直接お申し出ください。) 生理は、 <input type="checkbox"/> 規則的である <input type="checkbox"/> 不規則である <input type="checkbox"/> 閉経している ・ 最終月経 _____ 年 _____ 月 ・ 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
11) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
12) 宗教上の理由により輸血を拒否されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
13) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
○当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。	

身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

ID : _____

問診入力者 : _____