

ID :

紹介状 有・無

CD-R・フィルム 有・無

体温	℃	血圧	/	脈拍	Spo2	%
----	---	----	---	----	------	---

泌尿器科問診票

(フリガナ)

受診日：平成 年 月 日

お名前： _____ (男・女)

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生まれ 歳

①どんな症状ですか？あてはまるものを○で囲んでください。

- ・健康診断で異常 年 月
- ・腹痛、膨満感
- ・腰背部痛
- ・排尿時痛
- ・血尿
- ・残尿感
- ・尿が出にくい
- ・むくみ (部位)
- ・その他 [_____]

② いつ頃から症状がありますか？

年 月 日 午前・午後

③今まで大きな病気、けが、手術の経験がありますか？

病名	年齢	手術	病院名
()	(歳)	無・有	()
()	(歳)	無・有	()

④アレルギー体質はありますか？ はい・いいえ

はいとお答えされた方は何のアレルギーですか？ ()

⑤ 今、飲まれているお薬がありますか？ ()

お薬手帳は持参されていますか？ はい・いいえ

⑥ 女性の方に質問します。

現在、妊娠されていますか？もしくは妊娠している可能性はありますか？

(はい・いいえ・可能性がある)

⑦ たばこを吸いますか？ はい・いいえ (はいとお答えした方は 本 日)

⑧ お酒を飲みますか？ はい・いいえ (はいとお答えした方はどんなお酒ですか？)

ビール ml ・日本酒 合 ・ウイスキー 杯 ・焼酎 杯

⑨ 本日朝食は (食べた・食べていない)

ご協力ありがとうございました