

泌尿器科問診票(初めての方)

*カルテ番号 【 】

記入日:令和 年 月 日

フリガナ

お名前

大 . 昭 . 平 . 令 年 月 日生

初めて、当院を受診される方にお伺いします。わかる範囲でお答えください。

1.本日はどうされましたか。当てはまる項目すべてに印(O)をつけてください。

血尿 尿のにごり 残尿感 尿の勢いがいい/出にくい 尿もれ 排尿のときの痛み、不快感

尿が近い[昼間、夜間帯、1 日中] 急に尿がしたくなること(切迫感)がある

尿道からうみが出る 精液に血が混じる [精巣<左、右>、陰茎] が腫れている

[背部、腹部、精巣<左、右>、陰茎] の痛み/違和感 陰部の[かゆみ、ただれ、イボ、できもの]

PSA(前立腺腫瘍マーカー)の値が高い 尿に[血、蛋白] が混じっているといわれた

ED(男性機能障害)の相談 パートナーが性病[クラミジア、淋病、梅毒]言われた

前立腺がんの継続治療希望(紹介状[あり なし])

尿道カテーテルや在宅自己導尿の管理 その他 ()

2.その症状は、いつごろから始まりましたか。

3. 今まで大きな病気/手術をしたことがありますか? (治療中の病気も含めて記載ください)

高血圧 心臓病 不整脈 糖尿病 痛風 高脂血症 喘息 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病

脳血管障害 うつ病 パーキンソン病 認知症 緑内障 手術()

その他()

4. アレルギー(食べ物、薬、花粉症)はありますか? はい・いいえ (わかる範囲内で御記載をお願いします)

5. 妊娠中 妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ