



問診表

お名前:

男・女

生年
月日

年

月

日

歳

記入日 年 月 日

1. 当てはまる症状にすべて○をつけてください。

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 昼間の尿の回数が多い () 回 | <input type="checkbox"/> 尿もれがある |
| <input type="checkbox"/> 夜間の尿の回数が多い () 回 | <input type="checkbox"/> 睾丸がはれている |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 腹痛がある |
| <input type="checkbox"/> 尿をするときに痛みがある | <input type="checkbox"/> 腰背部が痛む |
| <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 検診で異常があった |
| <input type="checkbox"/> 血尿が出る | <input type="checkbox"/> 性病でないかと思う |
| <input type="checkbox"/> その他「 | 」 |

2. 上記の症状はいつからですか？

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 年前から | <input type="checkbox"/> カ月前から |
| <input type="checkbox"/> 日前から | <input type="checkbox"/> 今日から |

3. 現在、治療中の病気がありましたら○をつけてください。

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> その他「 | 」 | | |

*内服薬 () なし () あり

4. いままでに大きな病気やけがをしたことはありますか？

() なし () あり → それは何ですか？ ()

5. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

() なし () あり → それは何ですか？ ()

6. いままでに泌尿器科にかかったことはありますか？

() なし () あり → 病名は何ですか？ ()

7. 今回の診療で何かご希望などがございましたらお書きください。

() なし () あり → それは何ですか？ ()

*女性の方のみお答えください。

() 生理中 () 妊娠中 () 授乳中 () 閉経 () 該当なし