

泌尿器科 問診票

記入日：平成 年 月 日

お名前 様 男 ・ 女 年齢 歳

1. どのような症状ですか？あてはまる症状に○をつけてください。

血尿 ・ 排尿痛 ・ 尿の回数が多い ・ 残尿感

陰部が腫れている ・ 腰痛

その他 []

2. その症状はいつからですか？ 年 月 日 時頃から

具体的に→

3. いままで大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことはありますか？

ない ・ ある→

4. 現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか？

ない ・ ある→

5. 食べ物、薬、麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ・ ある→

薬品名や症状など

6. 過去に輸血を受けたことはありますか？

ない ・ ある→

7. 女性の方：妊娠、またはその可能性はありますか？

ない ・ ある→

8. その他、何かありましたらご記入ください。

[]

※他院で処方されたお薬、その説明書、お薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出してください。