

# 泌尿器科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳

1. 以前に当病院の泌尿器科を受診したことがありますか。

・はい ( 年 月頃 ) ・いいえ

2. 今日は、どうされましたか。( ) に○を入れて下さい。

- ( ) 尿が出にくい、少ししか出ない。  
( ) 排尿(オシッコ)の時、痛みがある。  
( ) 排尿後も残った感じがする。  
( ) トイレに行く回数が多い。(昼間 回 / 夜 回)  
( ) オシッコがもれる。トイレに間に合わないことがある。  
( ) お腹の下のほうが気持ち悪い。  
( ) くしゃみ、咳をした時に漏れてしまうことがある。  
( ) お腹の痛み、腰の痛みがある。  
( ) 尿に血が混じる。…… ( ) 目で見て赤い  
…… ( ) 健康診断で言われた

その他 ( )

## <女性の方へ>

\* 出産の経験 (・有り ・無し)

\* お腹に力が入った時、オシッコが漏れることが  
(・有り ・無し)

3. これまでに何か病気をしたり、手術を受けたことがありますか。

- ( ) 高血圧 ( ) 心臓病 ( ) 糖尿病 ( ) 脳卒中  
( ) 結核 ( ) 喘息 ( ) 十二指腸潰瘍 ( ) 緑内障  
( ) 甲状腺疾患 その他 ( )

4. いま、どんな薬を飲んでいますか。

- ( ) 血圧を下げる薬 ( ) 痛みどめ ( ) かぜ薬  
( ) 精神安定剤 ( ) 飲んでいない  
その他 ( )

5. アレルギーはありますか。

薬物名 ( )  
食べ物 ( )

6. あなたは自分の病気(悪性疾患などの場合をふくむ)を正確に知らせてほしいですか?

1. 良性、悪性にかかわらず知りたい。 2. 良性であれば知りたい。 3. 知りたくない。

7. あなたの病気の診断・治療について、他に特に説明してもらいたい人がありましたら、その方のお名前とあなたとの関係を書いて下さい。(何名でも結構です)

お名前 ( ) あなたとの関係 ( )  
お名前 ( ) あなたとの関係 ( )  
お名前 ( ) あなたとの関係 ( )