

泌尿器科新患問診票

令和 年 月 日

ID _____

生年月日 T S H R 年 月 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg

お名前

1. どのような症状が、いつから始まりましたか？

2. その症状の為、今まで医師の診断を受けた事がありますか？

ない ある

3. 1週間以内に37度以上の熱が出ましたか？

いいえ はい (_____)

4. 尿の色に変化はありませんか？(ある の場合は該当する色に○を付けて下さい)

ない ある→ 黒っぽい 赤茶色 濃赤色 赤色 ピンク色

5. 腹痛や腰痛はありませんか？

ない ある 腰痛・腹痛 (いつから _____)

6. 現在治療中か過去にかかった事のある病気について、当てはまる項目に○を付けて下さい

ない ある 高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 喘息 脳血管障害 肝臓病

その他(_____)

7. 今までに手術を受けた事がありますか？

ない ある (_____ 歳の時 <手術名> _____)

8. 薬や注射でアレルギー反応(発疹がでたり気分が悪くなること)が起きた事がありますか？

ない ある 抗生剤 風邪薬 鎮痛剤 その他(_____)

薬の名前(わかれば) _____

9. 妊娠の有無 なし あり 妊娠 _____ ヶ月

※診察前に尿検査を行う場合があります。指示があるまで排尿せずに お待ち下さい。