

泌尿器科問診表

ID () 名前 _____ 受診日： 月 日

◎ 当てはまる症状に○をしてください。

- ・尿に血が混じっている
- ・尿が濁っている (透明ではない)
- ・排尿時に痛みがある
- ・尿がでにくい (排尿困難)
- ・尿の回数が多い
- ・排尿回数… (朝起きてから、寝るまで — 回)
(夜寝てから、朝起きるまで — 回)
- ・脇腹の痛み (右 ・ 左)
- ・勃起障害
- ・その他 ()
- ・排尿時に残尿感がある
- ・排尿に時間がかかる
- ・尿の勢いが弱い
- ・尿が出ない (尿閉)
- ・陰のうの (痛み・腫れ) がある
- ・腰の周囲の痛み (右 ・ 左)
- ・不妊

◎ 1ヶ月以内に、海外旅行へ行かれたか? (はい ・ いいえ)

はいの場合 (日程： ~ 国：)

◎ コロナワクチンの接種をされましたか? (はい ・ いいえ)

はいの場合、接種日をご記入ください 1回目：() 2回目：()

◎ 熱がありますか? (ない ・ ある … °C)

◎ 現在、治療中の病気はありますか?

ない・ある ()

↓

薬は飲んでいますか? (はい ・ いいえ)

◎ 既往歴 (今までにかかった病気) はありますか?

ない・ある (結核・心臓病・泌尿器科の病気・糖尿病・他)

◎ 手術したことはありますか?

ない・ある (病名… 年 ヶ月前)

(病名… 年 ヶ月前)

◎ アレルギーはありますか?

薬 … ない・ある (何の薬ですか?)

食物 … ない・ある (どんな食物ですか?)

◎ 喘息はありますか? (ない ・ ある)

◎ 現在、妊娠の可能性はありますか? (ない・ある・不明)

◎ タバコは吸っていますか? (いいえ ・ はい 1日 _____本 _____年間)