

名前	年齢	身長	cm
		体重	kg

《診察前に尿検査をお願いします》

コップをお渡しするまで

排尿せずおまちください

● 枠内は必ずご回答ください ●

◎ 現在これらの症状はありますか？あてはまるものに○をしてください

咳/たん 筋肉痛 関節痛 倦怠感 のどの痛み 鼻水 呼吸困難 味覚障害 嗅覚障害 なし

◎ コロナウイルス感染症と診断された事がありますか（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）いつ頃ですか（ / 療養期間： ～ ）

◎ コロナやインフルに感染している方と接触はありましたか（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）いつ頃ですか（ ）

◎ 本日の体温を教えてください（ ℃ ）

◎ マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）本日、診療情報取得に同意されましたか（はい・いいえ）

◇ 当てはまる症状に☑をいれてください

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿に血が混じっている                                  | <input type="checkbox"/> 排尿後に残尿感がある |
| <input type="checkbox"/> 尿が濁っている(透明ではない)                             | <input type="checkbox"/> 排尿に時間がかかる  |
| <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある                                   | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い    |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい(排尿困難)                                | <input type="checkbox"/> 脇腹の痛み（右・左） |
| <input type="checkbox"/> 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、起きるまで： 回)   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 尿失禁（トイレに間に合わない・咳をすると漏れる・知らないうちに漏れる・排尿後に漏れる） |                                     |
| <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された（尿潜血・腎機能・PSA・その他： )              |                                     |
| <input type="checkbox"/> 性感染症が心配（膿が出る・性器がかゆい・ぶつぶつができています・その他： )      |                                     |
| <input type="checkbox"/> 精子に血が混じる                                    |                                     |
| <input type="checkbox"/> おねしょの相談                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> 勃起障害(ED)の相談                                 |                                     |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                      |                                     |

◇ 今までかかった病気、あるいは現在治療中の病気がありますか

- |                                 |                                   |                                  |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧    | <input type="checkbox"/> 糖尿病      | <input type="checkbox"/> 高脂血症    |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸値血症 | <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍    |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞    | <input type="checkbox"/> 脳出血      | <input type="checkbox"/> 泌尿器科の病気 |
| <input type="checkbox"/> 緑内障    | <input type="checkbox"/> 喘息       | <input type="checkbox"/> その他( )  |

◇ 手術をしたことがありますか？  ない  ある（“ある”と回答された方 いつ： 病名： )

◇ 薬や食物のアレルギーはありますか？  ない  ある（ )

◇ タバコは吸っていますか？  いいえ  はい（1日 本/ 年間）

◇ 現在、妊娠の可能性はありますか？  いいえ  はい  不明

◇ 他院に通院されていますか？  いいえ  はい(医療機関名： )

※お薬手帳を持参されている方は、受付に提出してください