泌　尿　器　科　問　診　票

チェック欄

（ふりがな）　　性別：　男　・　女

お　名　前　　年齢（　　）歳

※　以下の該当する項目に☑を入れ、必要事項を記入してください　　年　　月　　日

１，紹介状はお持ちですか　　□　はい　（当院　・他院）
□　いいえ

２，どうされましたか
□　血尿　□　排尿時痛　□　陰部痛　□　尿が出ない　□　その他（　　）
□　健康診断や人間ドッグで異常を指摘された

３，その症状がいつから、どのように具合が悪いか具体的にお書きください

４，普段飲んでいる薬はあれば記入して下さい

５，今までにかかったことのある病気がありますか
□　ない
□　ある →　□糖尿病　□ぜんそく　□心臓病　□高血圧　□肝臓病　□腎臓病
□緑内障　□その他　（　　）

６，今までに受けた手術がありますか
□　ない
□　ある　（　　）

７，薬や注射でアレルギーはありますか
□　ない
□　ある →　*薬（注射）のなまえ（　　*症状（　　）

８，食べ物でアレルギーはありますか
□　ない
□　ある →　*食べ物のなまえ（　　*症状（　　）

※　女性の方のみご記入ください
・現在妊娠中ですか　　□　はい　□　いいえ
・現在授乳中ですか　　□　はい　□　いいえ