泌尿器科問診票

記入日　　年　　月　　日

お名前　　（　　）才

検尿が必要な場合があります。
お手洗いに行きたい方はお知らせ下さい

・ 本日、受診された症状について
一番困っている症状は何ですか：

それはいつからですか：

どのような時にありますか：

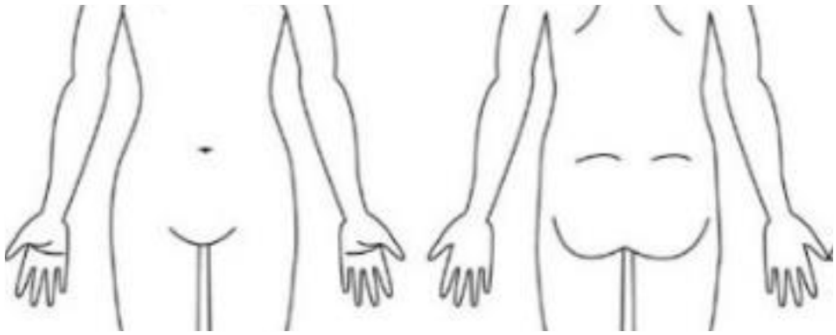
他に気になる症状はありますか：

同じ症状で他院で治療を受けましたか：　□はい　□いいえ

・ 今までに病気や治療、手術の経験はありますか　□ない　　□ある

医療機関名：　　時期：
病名：　　治療内容：

・ **痛いところや症状がある場所を絵に〇を付けて下さい**



・ 過去に治療されたことはありますか。また現在治療を受けておられますか
□ない
□ある　　病名：
　　薬：　　投薬期間：

・ アレルギーはありますか？

薬　剤	□ なし	□あり（種類：	症状：	）
食　事	□ なし	□あり（種類：	症状：	）
金　属	□ なし	□あり（種類：	症状：	）
ゴム製品	□ なし	□あり（種類：	症状：	）
その他	□ なし	□あり（種類：	症状：	）

・ お酒を飲みますか？
　□　飲まない　□飲む（毎日・ときどき）（ビール・日本酒・その他　１日平均　　本）

・ タバコを吸いますか？
　□　吸わない　　□　吸う　　（１日　　本・　　年間）
　□　禁煙した（以前１日　　本・　　年間）

他の医療機関からの紹介状　□ない　□ある

マイナ保険証による診療情報取得に同意　□する　□しない　□持っていない
40歳以上の方、この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したことが
□ない　□ある　　（※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です）
受診時期:　　**指摘事項等:**

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。　　2024.7改訂