

泌尿器科新患問診表

年 月 日記入

お名前 _____ 生年月日 M T S H 年 月 日生

1. 今日、どのような症状のために泌尿器科を希望されましたか？

2. その症状は、いつから始まりましたか？

日前から。 週前から。
ヶ月前から。 年前から。

3. その症状のために、今までに医師の診療を受けた事がありますか？

ない ある

4. 今までに大きな病気にかかった事がありますか？

ない ある

潰瘍・糖尿病・心臓病・高血圧・喘息・その他

()

5. 今までに手術を受けた事がありますか？

ない ある

()

6. 薬や注射でアレルギー反応（蕁麻疹や気分が悪くなる）が、起こったことはありませんか？

ない ある：かぜ薬・鎮痛剤・その他 ()

7. 昼間、何時間毎に排尿しますか？ _____ 時間毎

夜間、何回排尿に行きますか？ _____ 回位

8. 現在、妊娠は？

していない している _____ ヶ月