医親会

海上ビル診療所
03-3212-7690

泌尿器科問診票

氏名		生年月日	年　月　日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。

薬剤アレルギー	☐なし　☐ある　薬剤名(　　)
食物アレルギー	☐なし　☐ある　種類(　　)

該当する項目に☑印を付けてください。

☐健康診断の二次検査　（☐当診療所　☐他の医療機関）

☐ 腰背部痛がある
☐ 血尿が出る
☐ 排尿時に痛みがある
☐ 尿に膿が混じる
☐ 精液に血が混じる
☐ 下腹部痛･下腹部不快感がある
☐ その他(　　)

☐ 頻尿
☐ 残尿感がある
☐ 尿の勢いがない
☐ 尿が出にくい
☐ 夜間の尿の回数が多い（　　回）

症状はいつ頃からですか？　　年　　月　　日

既往歴　（病気、手術 など）

☐なし　☐ あり　（病名:　　歳　手術：）

妊娠している可能性がありますか？

☐いいえ　☐はい　（妊娠週数　　週 ）　☐授乳中

切り取り

余白

（ 切り取り線 ✂）

余　白

※大変お手数ですが、点線に沿って
余白部分を切り取りのうえ、
『問診票』をお持ちください。

2017/9/6