



海上ビル診療所
03-6636-6050

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 薬剤名()					
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 頻尿
- 血尿が出る 残尿感がある
- 排尿時に痛みがある 尿の勢いが弱い
- 尿に膿が混じる 尿が出にくい
- 精液に血が混じる 夜間の尿の回数が多 () 回
- 下腹部痛・下腹部不快感がある
- その他()

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。

余白

切り取り