

# 泌尿器科外来問診票

平成 年 月 日

より良い医療を受けて頂くために、患者様からの情報が大切です。お手数ですが、診察の前に下記の質問にお答えください。なお、この問診票の結果をみて、さらに細かい問診票をお渡しする場合があります。

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 様 ( ) 才 男・女 身長 \_\_\_\_\_ cm

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 体重 \_\_\_\_\_ kg

職業 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

1. いつ頃から、どこの具合が悪くて受診されましたか？

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 以前にかかったことのある病気や、現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

[ 病名・いつから・治療を受けている病院など ]

3. 現在服用中の薬はありますか？

・はい (薬名 \_\_\_\_\_) ・いいえ

4. 以前にかかった又は現在もある病名を○で囲んでください。

・緑内障 無・有      ・腎臓病 無・有      ・喘息 無・有  
・白内障 無・有      ・肝臓病 無・有      ・前立腺肥大 無・有  
・心臓病 無・有      ・甲状腺機能異常 無・有  
・高血圧 無・有      ・糖尿病 無・有

5. 6ヶ月以内に海外渡航歴がありますか？      ・はい      ・いいえ

6. 喫煙・飲酒についてお伺いします。      ・喫煙 しない する ( 本/日)

・飲酒 しない する ( 本/日)

7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

・はい(薬名・食品 \_\_\_\_\_) ・いいえ

8. 女性の方のみお答えください。

・妊娠の可能性はありますか？      ・はい (妊娠 ヶ月)      ・いいえ

・授乳中ですか？      ・はい      ・いいえ

9. ご家族・血縁の方に当てはまる病気に○を付けてください。

・心臓病 (狭心症・心筋梗塞)      ・糖尿病      ・高脂血症  
・脳血管障害 (脳卒中・脳梗塞・脳出血)      ・高血圧      ・悪性腫瘍 (癌)

10. その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]