

泌尿器科問診票

看護師記入時間 (:)

体温 °C 血圧 / mmHg

脈拍 回/分

呼吸数 回/分 Spo2 %

紹介状持参 無 ・ 有 ()

かかりつけ医 無 ・ 有 ()

持参資料 無 ・ 有 ()

付き添い 無 ・ 有 ()

薬手帳 あり ・ なし 〈要スキャナ〉

お名前 男 ・ 女
生年月日 年 月 日 生まれ () 歳
職業 身長 cm 体重 kg
【女性のみ】妊娠: していない ・ 可能性あり ・ している () 週 ・ 授乳中

●いつから、どのような症状がありますか？

血尿 ・ 尿が近い ・ 排尿痛 ・ 残尿感 ・ 腰痛 ・ 下腹部痛 ・ 尿が出にくい ・ 尿漏れ
尿のがまんが辛い ・ 包茎 ・ 陰部のかゆみ・痛み・膿が出る・できもの ・ 性病 ・ 不妊の相談
検診結果の異常 ・ その他 ()
その症状はいつ頃からありますか？ 月 日頃から

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん () ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)
喘息 (小児喘息) ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎結石 ・ 尿管結石 ・ 腎盂腎炎
前立腺肥大 ・ 性病
その他 ()
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？
どなた () が、いつ () 病名 ()
手術: いつ () 術名 ()
輸血: なし ・ あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？ ない ・ ある (薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

()

●アレルギーはありますか？ ない ・ ある (下記に記載)

気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物 () ・ 薬 () ・ 造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙... (吸わない ・ やめた ・ 吸う) (本/日) (歳 ~ 歳まで)
飲酒... (飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類 () 量 (合 mL)
(歳 ~ 歳まで 回 / 週 ・ 月)

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ