

受付番号

泌尿器科問診表

日付 年 月

下記の質問にご記入をお願いいたします。記入および測定にお困りの方は看護師までお申し出下さい。
*付き添いの方の代筆でも結構です。

氏名: 年齢: 歳 性別: 男 ・ 女

身長: cm 体重: kg 体温: °C 職業:

***尿検査を行いますので、尿意のある方はお早めに声をかけて下さい。**

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつから: 年 月 日 時頃から

{

2. 今日の症状、受診目的を教えてください。該当する項目に☑をご記入下さい。

☐血尿 ☐尿が出ない ☐尿が出にくい ☐残尿感がある ☐尿もれ
☐頻尿 ☐発熱 ☐痛む ところが () [☐性病検査 ☐その他 (

3. 紹介状はお持ちですか。 はい ・ いいえ

4. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。

はい (検査した ・ 薬を飲んでいる ・ 入院したことがある) ・ いいえ

5. 現在、何か薬を飲んでいますか。 はい ・ いいえ

「はい」の方 … わかれば薬の名前 (
薬をもらった病院名 (

※お薬手帳をお持ちの方は窓口へお出し下さい。

6. 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 ・ いいえ

「はい」の方 … わかれば薬・食べ物の名前 (

7. 女性の方のみお答え下さい。

現在妊娠中ですか。 はい (月) ・ いいえ 授乳中ですか。 はい ・

*健康診断結果表はお持ちですか。 はい ・ いいえ

*診断書・紹介状の作成希望がありましたら、診察の際に申し出て下さい。

(別途文書料金がかかります)

ご協力ありがとうございました。お書き頂きましたら窓口の事務へお渡し下さい。

埼玉協同病院・ふれあい生協病院 改訂