

泌尿器科外来 問診票

氏名 : _____ 生年月日 : _____ 年齢 : _____ 歳

1. あなたが一番困っている症状はなんですか？

(_____)

2. いつからその症状が始まりましたか？

(_____)

3. その病気（症状）で他の病院にかかったことがありますか？

(_____)

4. 以前に当科にかかったことがありますか？ はい いいえ

5. 現在、病気（泌尿器科以外の病気）で治療を受けていますか？

病名 (_____) 治療 (_____) いつから (_____)
病名 (_____) 治療 (_____) いつから (_____)
病名 (_____) 治療 (_____) いつから (_____)

6. 下記の薬を内服していますか？

バイアスピリン エリキユース ワーファリン エパデール
プレタール アンプラーグ ドルナー ペルサンチン オパールモン

7. アレルギーはありますか？

いいえ
 はい → アルコール ゴム製品 金属
 薬剤：薬剤名 (_____)
 食べ物 (_____)
 その他 (_____)

8. 女性の方のみお答えください

現在、妊娠中ですか？ はい いいえ
妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

9. 当外来をどのようにお知りになりましたか？

(_____ 病院 _____ 科) からの紹介
 家族・知人からの紹介
 インターネット
 その他 (_____)

10. 排尿症状について、別紙の質問票にお答えください