泌尿器科問診票（男性）

フリガナ：

氏名：　　生年月日：　　（　　歳）

〒：

住所：　　電話番号：

紹介状：　有　・　無

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？◯をつけてください（いくつでも可）

（　　）　尿の回数が多くなった
（　　）　特に、夜の尿の回数が多い
（　　）　尿の出が悪い
（　　）　尿をするときに痛みがある
（　　）　尿を出しても、まだ残っている感じがある
（　　）　尿が漏れてしまう
（　　）　尿が赤い、血が混じっている感じがする
（　　）　腰や脇腹が痛い→左右どちらですか？（右・左）
（　　）　下腹部の違和感がある
（　　）　PSA（前立腺特異抗原）が高いと指摘された
（　　）　前立腺の検査をしてほしい
（　　）　性病の検査、治療をしてもらいたい
（　　）　陰嚢は腫れている
（　　）　熱がある（どれくらいありますか？　　℃）
（　　）　性機能障害（ED）について
（　　）　抜け毛について

その他（　　）

2. 上記症状はいつから続いていますか？

（　　）

3. 現在、内服している薬はありますか？　　はい　・　いいえ

（　　）

4. 今までに病気にかかり、治療を受けた事がありますか？　はい　・　いいえ

『はい』のかたは◯をつけてください

高血圧　・　糖尿病　・　がん　・　脳卒中　・　喘息　・　心臓病

その他(　　)

5. 薬、食べ物、造影剤のアレルギーはありますか？

はい　（内容：　　）　・　いいえ

MONNAKA UROLOGY
もんなか泌尿器科