

泌尿器科外来問診票

ID :

2026 年 月 日

受付時間:

フリガナ		性別	年齢
氏 名		男 女	
職業(例:自動車整備 事務作業)		お住まいの市町村	

1. 今日はどうされましたか？（当てはまる項目にチェックをいれてください）

- ☐ 排尿の時の痛み
 - ☐ わき腹、腰が痛い
 - ☐ 尿が全く出ない
 - ☐ 尿が出にくい
 - ☐ 夜間トイレに起きる(回)
 - ☐ トイレに間に合わない
 - ☐ 尿の色が変わた
 - ☐ 下腹部が痛い
 - ☐ 日中トイレに近い
 - ☐ 尿が漏れる
 - ☐ その他・症状等
()

2. この症状は、いつからですか？

3. この症状で他院で診察を受けましたか？

4. 発熱していますか？

5. 現在、他の病気で通院していますか？

6. 現在治療中の病気はありますか？（過去に以下の病気を経験しましたか？）

- ない □ある(下記にチェックをしてください)
□糖尿病 □心臓病 □高血圧 □高脂血症 □胃潰瘍 □腎不全 □癌() □関節リウマチ

7. 現在、内服中のお薬はありますか？

8. 血縁者※の中に以下の疾患がある方は、該当する項目のチェックと括弧内に続柄の記載をお願いします。

- ※血縁者とは2親等(両親・兄弟・祖父母)までです

- ☐癌() ☐心疾患() ☐脳卒中() ☐関節リウマチ()

9. 薬物・食物にアレルギーがありますか？

- ☐ ある（具体的にお書きください： ） ☐ ない

10. 女性の方へお聞きします。現在、妊娠していますか？

- ☐
- はい
- ☐
- いいえ
- ☐
- 不明

11. マイナンバーカードの保険証利用による診療情報取得に同意しますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

12. (11.で「いいえ」と答えた方)2年以内に特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

- (・受診時期) (・指摘事項)