【泌尿器科　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　様　　男　・　女　　　　　　歳

　職業

1.どのような症状がありますか。

2.それはいつ頃からですか。

3.以前に同様の症状で、治療を受けたことがありますか。

　　なし　・　あり（医療機関名

4.泌尿器科以外で、現在治療を受けている病気がありますか。

なし　　あり（病名

　　　　　　（医療機関名

　　　　　　（薬剤名

5.手術をしたことがありますか。

なし　　あり（病名

　　　　　　　　（　　　　年　　　　　月）

　　　　　　（医療機関名

6.お薬のアレルギーはありますか。

なし　　あり（薬品名

7.健康診断で異常を指摘された。

　　ＰＳＡ値が高い　　血尿（尿潜血）　　結石

　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7.女性の方へ　現在、妊娠の可能性はありますか?

　　なし　　　あり

9.ご家族に下記の病気の方はいらっしゃいますか。

　　　腫　　瘍　　　　血　　圧　　　糖　　尿　　　結　　石

　　（　　　　）　　（　　　　）　（　　　　）　（　　　　）