

# 【泌尿器科 問診票】

カガナ

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

（ ） （ ） （ ） （ ）