

## 腎泌尿器科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			大・昭・平・令	年	月	日

<p>本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>熱（   ℃）   <input type="checkbox"/>鼻水・鼻づまり   <input type="checkbox"/>咳・たん</p> <p><input type="checkbox"/>むくみ（<input type="checkbox"/>全身 <input type="checkbox"/>手 <input type="checkbox"/>足 <input type="checkbox"/>顔 <input type="checkbox"/>まぶた <input type="checkbox"/>その他（            ））</p> <p><input type="checkbox"/>尿が出にくい   <input type="checkbox"/>尿の勢いが弱い   <input type="checkbox"/>尿が残った感じがある   <input type="checkbox"/>起きている間の尿の回数が多い</p> <p><input type="checkbox"/>寝ている間の尿の回数が多い   <input type="checkbox"/>トイレに間に合わない   <input type="checkbox"/>尿に血が混じる   <input type="checkbox"/>尿が泡立つ</p> <p><input type="checkbox"/>くしゃみ、咳、お腹に力を入れると尿がもれる   <input type="checkbox"/>尿道の先から膿が出る   <input type="checkbox"/>性病の検査希望</p> <p><input type="checkbox"/>精液に血が混じる   <input type="checkbox"/>おねしょの治療   <input type="checkbox"/>腰の痛み、結石治療   <input type="checkbox"/>睾丸の腫れ、痛み   <input type="checkbox"/>陰茎の痛み、腫れ</p> <p><input type="checkbox"/>EDの治療   <input type="checkbox"/>検診で異常を指摘された（<input type="checkbox"/>血尿 <input type="checkbox"/>尿潜血 <input type="checkbox"/>蛋白尿 <input type="checkbox"/>前立腺がん検診）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（            ）</p>
<p>症状はいつ頃からありますか？ 約（            ）日・週間・ヶ月・年前から</p>
<p>検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>高血圧   <input type="checkbox"/>糖尿病   <input type="checkbox"/>脂質異常症   <input type="checkbox"/>心臓病   <input type="checkbox"/>不整脈   <input type="checkbox"/>肝臓病   <input type="checkbox"/>腎臓病   <input type="checkbox"/>喘息</p> <p><input type="checkbox"/>脳卒中   <input type="checkbox"/>癌（部位            ）   <input type="checkbox"/>その他（            ）</p>
<p>過去に大きな病気の治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり（            ）</p>
<p>現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり（            ）</p>
<p>喫煙、飲酒について教えてください</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない   <input type="checkbox"/>吸う（   本/日 ×   年間）</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>禁煙した（   年前から。それまで喫煙（   本/日 ×   年間））</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない   <input type="checkbox"/>飲む（週   日） 種類・量（            ）</p>
<p>食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり（            ）</p>
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ   <input type="checkbox"/>はい（<input type="checkbox"/>妊娠中   <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり   <input type="checkbox"/>授乳中）</p>
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>インターネット   <input type="checkbox"/>看板   <input type="checkbox"/>知人   <input type="checkbox"/>通りがかり   <input type="checkbox"/>その他（            ）</p>

※ご協力ありがとうございました。