

泌尿器科を受診される方へ

尿 あり ☐ KUB あり ☐ 案内 済 ☐
なし ☐ 入力 ☐ 未 ☐
入力 ☐

年 月 日

適切な治療を受けて頂くため、またスムーズな診察のために、次の事項についてできる限りご記入ください

氏名： (年齢： 才)

(身長： cm、体重： kg)

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

アレルギーはありませんか

1. のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

☐なし ☐あり 薬品名
症状

2. 食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど)

☐なし ☐あり 食品名
症状

3. その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品など)

☐なし ☐あり 物質名と症状

本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

1. 症状：

2. その症状はいつ頃からでしょうか 年 月 日頃から

3. 当てはまる症状を○で囲んでください

A. 尿のこと

血尿(尿に血が混じる) 尿の勢いが弱い 尿が出にくい・出ない
排尿時痛 残尿感 尿が近い 尿失禁(尿漏れ)

B. 痛み

背中が痛い(右・左) 下腹部が痛い(右・左) 睾丸が痛い(右・左)

C. 性器・性機能について

睾丸が腫れている(右・左) 尿道から分泌物(膿など)が出る
性病検査 包茎 ED(勃起障害) 不妊治療 精液に血が混じる

D. 検診・人間ドックで検査を勧められた

E. その他

2. そのために今までどこかで診察を受けましたか

受けた 年 月 日 / 受けていない

病院名 診断名

治療内容

⇒裏面へ続きます

3. 現在、発熱していますか はい (°C) / いいえ

4. 現在、他の科で治療を受けていますか

・診療科（ 科 科 科）

• 病名

5. 現在飲んでいるお薬はありますか

はい / いいえ

6. お薬手帳はお持ちですか

はい / いいえ

- お持ちの方は受付でご提出ください。
- お持ちでない方はお薬名をご記入ください。

7. 下記の中で今までにかかった病気があれば○で囲んでください

高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患 脳疾患 喘息 痛風

胃・十二指腸潰瘍　がん　肝臓の病気

腎臓の病気 婦人科疾患

脊椎疾患 尿路結石 性病 その他

8. 手術を受けたことはありますか

はい / いいえ

年 月頃 の手術

年 月頃 の手術

年 月頃 の手術

9. 嗜好品についてお尋ねします。

・たばこ（ 本／日× 年 ・ 吸わない）

・アルコール 毎日 ・ 週に 回 ・ 機会があれば ・ 飲まない

10. 女性の方へ

・現在妊娠している可能性はありますか

はい / いいえ

・最終月経開始日 年 月 日 順調／不順 閉経

11. **がんと診断されたら告知を希望されますか**

はい / いいえ

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。