

泌尿器科問診票

年 月 日

氏名 _____ 生年月日大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 歳

職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

血圧 _____ / _____ mmHg 脈拍 _____ 回/分 SPO₂ _____ %

以下の設問についてわかる範囲で結構ですのでお答えください

①本日はどのような症状でご来院されましたか？

- 1) 検診で精密検査を言われた(内容: _____)
2) 尿に血が混じる 3) 膿が出る 4) 尿が漏れる 5) 尿が出にくい 6) 排尿時に痛む・しみる
7) 排尿の回数が多い(日中: _____ 回,夜間(就寝後): _____ 回) 8) 残尿感がある 9) 腰・脇腹が痛い
(右・左) 10) お腹が痛い(右・左) 11) 陰部が痛い・かゆい 12) 陰部が腫れている 13) 性病が心配
14) 精液に血が混じる 15) 不妊の相談 16) ED の相談 17) その他(具体的に: _____)

※症状がある部分に裏面の絵に印をつけてください

②その症状はいつごろからですか？

(_____)

③今まで大きな病気にかかれたことはありますか？

高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓病・心筋梗塞・狭心症

その他(具体的に: _____)

④手術を受けられたことはありますか？

(手術内容: _____)

(麻酔方法(わかれば): _____)

⑤現在服用されている薬はありますか？

有・無 (あればその内容: _____)

⑥血液をさらさらにする薬(バイアスピリン・バファリン・プラビックス等)を服用されていますか？

有・無 (あればその内容: _____)

⑦薬で副作用が出たことはありますか？

有・無 (あれば薬剤名・症状等: _____)

⑧煙草を吸われますか？お酒は飲めますか？

煙草 吸う(1日 _____ 本 _____ 年間)・吸わない

酒 飲む(1日あたりビール・日本酒・焼酎・ワイン _____ ml程度)・飲まない

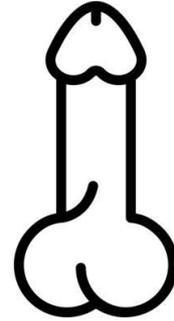
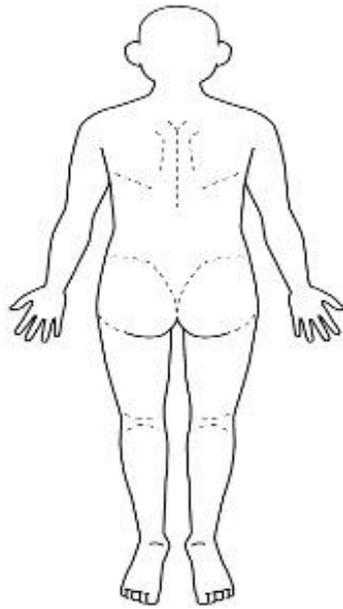
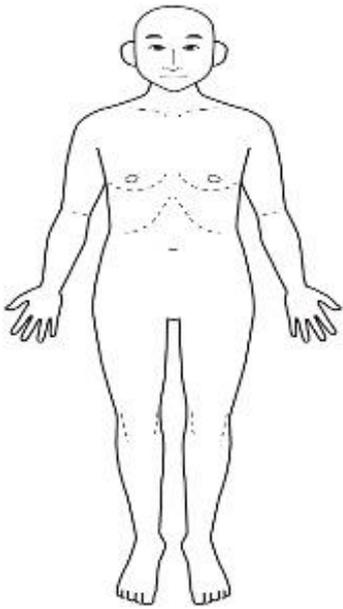
⑨(女性のみ)現在妊娠・授乳中ではないですか？

妊娠 はい(_____ 週)・いいえ・わからない 授乳 はい・いいえ

ご協力ありがとうございました

東戸塚記念病院 泌尿器科

症状がある部分に印をつけてください



病院職員記載欄

トリアージ	
<input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 赤 → () 医師報告	看護師 ()
<input type="checkbox"/> 優先受診 ()科) <input type="checkbox"/> 他科受診()科) <input type="checkbox"/> 救急外来対応	
<input type="checkbox"/> 帰宅前ルート抜去確認	看護師 ()