

泌尿器科問診票

フリガナ
氏 名 _____ 年 齢 _____ 才 男 ・ 女 _____

院内でお呼びするときお名前でお呼びしてよろしいですか 名前希望 番号呼び希望

〒 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日 _____

住 所 _____

電話番号 _____

* 今日はどうされましたか？ 該当するものに○をつけて下さい

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 排尿痛 | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる | |
| <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い | |
| <input type="checkbox"/> 排尿回数が多い | <input type="checkbox"/> 尿が出てくるまで時間が掛かる | |
| <input type="checkbox"/> 尿が出ない | <input type="checkbox"/> 尿が出始めてから出終わるまでに時間が掛かる | |
| <input type="checkbox"/> 尿を我慢できない | <input type="checkbox"/> 精液に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> 睾丸痛 | |
| <input type="checkbox"/> 尿道から膿が出る | <input type="checkbox"/> 睾丸がはれている | |
| <input type="checkbox"/> おりものが多い | <input type="checkbox"/> パイプカット希望 | |
| <input type="checkbox"/> 背部～側腹部痛 | <input type="checkbox"/> バイアグラ、シアリスについて聞きたい | |
| <input type="checkbox"/> 尿道がかゆい | <input type="checkbox"/> 性病の検査希望 | <input type="checkbox"/> のどの痛み・不快感 |
| <input type="checkbox"/> 陰部の皮膚がかゆい | ※のどの検査希望の方は診察前は飲料を摂らないでお待ちください。 | |
| <input type="checkbox"/> その他[_____] | | |

体に合わない薬があれば書いて下さい (_____)

現在妊娠している可能性はありますか？ 有・無 (○をして下さい。)

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？ (○をして下さい)

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット | <input type="checkbox"/> 電柱広告 | <input type="checkbox"/> 当院の看板 |
| <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 | <input type="checkbox"/> チラシ/リーフレット | <input type="checkbox"/> 紹介(家族/職場/知人) |
- (院名: _____)

ご協力ありがとうございました