

つじ泌尿器科予診票 (男性用)

年 月 日

住所 _____ 電話番号 _____

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか? はい いいえ

① 今日どのような症状またはどのような問題で来院されましたか

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 尿が出づらい | <input type="checkbox"/> 尿検査で異常を指摘 | <input type="checkbox"/> PSA(腫瘍マーカー)異常 |
| <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 排尿時痛みがある | <input type="checkbox"/> ペニス(陰茎)に問題 |
| <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い | <input type="checkbox"/> 尿道から分泌物(膿) | <input type="checkbox"/> 睾丸が痛い |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる | <input type="checkbox"/> 睾丸が腫れている |
| <input type="checkbox"/> 夜トイレに起きる()回 | <input type="checkbox"/> 尿道の付け根が痛い | <input type="checkbox"/> 勃起不全 |
| <input type="checkbox"/> 下腹が痛い(右・左) | <input type="checkbox"/> 急に尿意があり漏れる | <input type="checkbox"/> 不妊相談 |
| <input type="checkbox"/> 背中が痛い(右・左) | <input type="checkbox"/> 知らずに尿が漏れている | <input type="checkbox"/> 男性更年期 |
| <input type="checkbox"/> 目に見える血尿がある | <input type="checkbox"/> 腹圧をかけると尿が漏れる | <input type="checkbox"/> おねしょ、夜尿 |

※その他相談希望がある

その症状はいつからですか

(年 月 日頃から、またはどのくらい前からですか から)

② 最後に排尿されたのは何時ごろでしたか

☐午前 ☐午後 (時 分頃)

③ 一週間以内に熱は出ていますか

☐いいえ ☐はい (月 日 度 分)

④ 現在、何かお薬を飲んでいますか (お薬手帳持参の方は記入不要です)

☐いいえ ☐はい ⇒ ☐お薬手帳あり ☐なし ☐アプリ管理

薬品名 ()

⑤ 今までに大きな病気やけが、または通院治療されている病気はありますか

☐いいえ ☐はい

病 名 ()

いつ頃 ()

⑥ アレルギーはありますか

☐いいえ ☐はい

その時の症状は ()

原因は ()

⑦ 当院を何でお知りになりましたか?当てはまるものに○をお願いします。(複数可)

家族・知人の紹介 当院ホームページ 検索サイト

他院より紹介(医療機関名)

その他 ()

ありがとうございました

当院は診療情報を取得・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をお願いいたします。