

# 問診票 (男性用)

年 月 日

ふりがな

ID: 氏 名

生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日 (才)

## 1. 症状

- 尿が近い 残尿感 尿が出にくい 排尿痛 尿失禁 尿の勢いが弱い  
血尿(真赤 ワイン色 ピンク色 黒い) 腹痛 腰痛 発熱  
睾丸の異常 陰茎の異常 精液に血が混じる  
性感染症(排尿痛 膿が出る パートナーが感染 症状はないが心配)  
検診で異常(尿潜血 蛋白尿 超音波検査異常 PSA 検査 その他)  
ED 相談 その他 ( )

※症状はいつ頃からですか ( )

今回の症状で他院を受診したことはありますか 1. はい 2. いいえ

どちらの病院で ( )

## 2. 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか (有・無)

- 高血圧 心臓病(不整脈、狭心症、心筋梗塞、その他) 肝臓病 腎臓病 糖尿病  
喘息 アレルギー 精神疾患 アトピー性皮膚炎 緑内障  
前立腺( ) その他 ( )

※いつ頃からですか ( ) 具体的な病名 ( )

どちらの病院で ( )

## 3. 現在服用中の薬はありますか (有・無)

有の方はご記入ください ( )

お薬手帳か服薬指導書があれば書かなくて結構です。受付に提出してください。

## 4. お薬と食べ物のアレルギーはありますか (有・無)

- かぜ薬 痛み止め ピリン系 ペニシリン 消毒薬 造影剤 鎮痛剤  
その他(薬品・食品名) ( )

## 5. たばこはお吸いになりますか 1. いいえ 2. はい 1日 ( )本くらい 3. 以前吸っていた

## 6. 麻酔を受けたことがありますか (有・無)

- 局所麻酔(歯科など) いつ頃 ( ) 手術名 ( )  
全身麻酔 いつ頃 ( ) 手術名 ( )  
腰椎麻酔(下半身麻酔) いつ頃 ( ) 手術名 ( )

※副作用はありませんでしたか? (有・無)

## 7. 当院をお知りになったきっかけは何ですか

- 知人の紹介 インターネット 電話帳 雑誌・広告 他院からの紹介  
その他 ( )

## 8. ご質問がございましたらお書きください。

( )