

## 泌尿器科 問診票（男性）

\* 診察を受けていただく前に、ご病気についてお聞きします。

わかる範囲でかまいませんので、ご記入、または□にチェックをお願いします。

お名前 \_\_\_\_\_ (年齢) \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ □不明

□既婚 □未婚（性経験は？ □有 □無）

体重 \_\_\_\_\_ □不明

1. 今日は、どうされましたか？（受診された理由、症状など）

2. ふだんの排尿についてうかがいます。

- ・尿回数 昼間（ ）回 夜間（ ）回
- ・排尿時の痛み □有（ □出始め □無 □排尿中 □終わりごろ）
- ・残尿感 □有 □無 □不明
- ・尿漏れ □有 □無 □不明
- ・尿が出始めるまで □時間がかかる □問題なし □不明
- ・排尿が終わるまで □時間がかかる □問題なし □不明
- ・尿が出ているとき □線が細い □問題ない □不明
- ※血尿がある □有 □無
- ※性病の心配がある □有 □無

3. からだに、痛いところがありますか？

痛みが □有 部位（ ）  
程度（ ）  
□無

4. 今までに、睾丸部の病気はありますか？ □有 □無

5. 便通 （ ）回 / （ ）日

6. アレルギーはありますか？

□有（食品や薬品など、具体的にあれば書いてください） □無

7. 現在、通院中の病気や、飲まれているお薬はありますか？

●お薬手帳をお持ちの方は見せてください。

8. 今までに、大きな病気や手術をしたことがあれば書いてください。

うら面もご記入ください。  
ご協力ありがとうございました。