

ID _____

問診票 (男性)

年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____ Tel _____ -()-

身長 _____ cm、体重 _____ Kg、職業 _____

1. 既婚、未婚 (性経験：有・無)
2. 今日はどうされましたか？。いつから、どの様な症状がありますか？

-
3. 排尿の異常 有 ・ 無
血尿 有 (自分で気付いた、検査でわかった) ・ 無
排尿回数 起きている時 _____ 回、夜寝てから _____ 回
排尿時の痛み 有 (初期、排尿中、終末時) ・ 無
尿が出にくい 有 ・ 無 ・ 出ない
排尿開始までの時間 かかる かからない
排尿している時間 かかる かからない
残尿感 有 ・ 無
尿漏れ 有 ・ 無
その他 (_____)

4. 痛みがありますか？ 有 ・ 無
部位 (腹部、腰部、こう丸、陰茎 (ペニス)、その他： _____)
程度 (激痛、鈍い、時々、続く、その他： _____)

5. 発熱 有 (_____ °C) ・ 無

6. 性病の心配 有 ・ 無

7. その他に受診された理由があればお書き下さい
(_____)

8. アレルギー体質または特異体質 有 ・ 無
薬 (_____)、食物 (_____) その他 (_____)

9. 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？
また、現在治療中の病気がありますか？ 有 ・ 無

脳卒中、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病、胃腸病、糖尿病、喘息、
緑内障、甲状腺、皮膚病、結核、神経病、尿路結石、膀胱、前立腺
その他： _____

現在内服中のお薬 (あれば)： _____

手 術： _____

10. 当院をどこでお知りになりましたか？
インターネット、タウンページ (電話帳)、駅の看板、御家族・御親戚、
紹介 (御紹介者名： _____)、その他 (_____)

