

ID ()

村上記念病院

泌尿器科

氏名	年齢	身長	体重
	歳	cm	kg

《診察前に尿検査をお願いします》
 コップをお渡しするまで
 排尿せずお待ちください

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい・いいえ)

他の医療機関から紹介状はお持ちですか？ (はい・いいえ)

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ (はい・いいえ)

健診時期(年 月) 指導事項 _____

◎ 本日の体温を教えてください (_____ °C)

● 症状はいつからですか？

日前～ か月前～ 年前～

● 当てはまる症状に☑を入れて下さい

- 尿に血が混じっている
- 排尿後に残尿感がある
- 尿が濁っている(透明ではない)
- 排尿に時間がかかる
- 排尿時に痛みがある
- 尿の勢いが弱い
- 尿が出にくい(排尿困難)
- 脇腹の痛み (右・左)
- 尿の回数が多い 排尿回数・・・ (朝起きてから、寝るまで: _____ 回)
(夜寝てから、起きるまで: _____ 回)
- 尿失禁(トイレに間に合わない ・咳をすると漏れる ・知らないうちに漏れる ・排尿後に漏れる)
- 健診で異常を指摘された (尿潜血 ・ 腎機能 ・ PSA ・ その他: _____)
- 性感染症が心配 (膿が出る ・ 性器がかゆい ・ ぶつぶつができています ・
その他: _____)
- 精子に血が混じる
- おねしょの相談
- 勃起障害(ED)の相談
- その他(_____)

● 今までかかった病気、あるいは現在治療中の病気がありますか？

- 高血圧 (_____ 歳)
- 糖尿病 (_____ 歳)
- 高脂血症 (_____ 歳)
- 高尿酸値血症 (_____ 歳)
- 狭心症・心筋梗塞 (_____ 歳)
- 悪性腫瘍 (_____ 歳)
- 脳梗塞 (_____ 歳)
- 脳出血 (_____ 歳)
- 泌尿器科の病気
- 緑内障 (_____ 歳)
- 喘息 (_____ 歳)
- その他(_____)

● 手術をしたことがありますか？

ない ある

(いつ: _____ 病名: _____ 医療機関名: _____)

● 薬や食物のアレルギーはありますか？

ない ある (_____)

● タバコは吸っていますか？ いいえ

はい (1日 _____ 本/ _____ 年間)

● 現在、妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい 不明

● 他院に通院されていますか？

いいえ はい(医療機関名: _____)

※お薬手帳を持参されている方は、泌尿器科に提出してください