

泌尿器科 初診時間診票

ID _____ 年 _____ 月 _____ 日 記載

氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

良い診療をお受け頂くために、あらかじめ病状についてお知らせいただくものです。
ご協力をお願いします。できればご自分でお書き下さい。

1. いつからどのような症状がありますか？

2. 上記の症状で他院を受診しましたか？

医療機関名

3. 今までにかかった病気や治療中の病気また手術歴についてお書き下さい。

有・無については必ず○印をおつけ下さい。

有の場合は罹った年齢(大体でかまいません)をお書き下さい。

高血圧：有(歳)・無 高脂血症：有(歳)・無 喘息：有(歳)・無

脳梗塞：有(歳)・無 緑内障：有(歳)・無 結核：有(歳)・無

糖尿病：有(歳)・HbA1c = ・無

心疾患：有(心筋梗塞・狭心症・その他 歳)・無

輸血歴：有()・無

その他病気：

手術歴：

最近血尿が出たことはありますか？：有(いつ頃)・無

脊柱管狭窄症などの背骨の病気がありますか？
有(病名：)・無

足がしびれることがありますか？
有(右・左 どの辺りですか)・無

裏面もご記入をお願いします。

4. 血縁の方でこれまでに癌などの病気を診断された方はいますか？

前立腺癌：有（続柄： ）・無 乳 癌：有（続柄： ）・無

卵 巢 癌：有（続柄： ）・無 膵臓癌：有（続柄： ）・無

その他の病気：（例）父：胃癌、高血圧、糖尿病

5. 飲酒：有（種類： /日 年間）・無

6. 喫煙：有（ 本/日/ 年間）・無

過去にあり（ 本/日/ 歳～ 歳まで 年間）

7. 現在、常用している薬がある方は、全ての名称をお書き下さい。

・お薬手帳（有・無）・サプリメント/健康食品（有・無）

血液がサラサラになる薬（抗凝固剤・抗血小板薬）などは服用していませんか？

8. 薬、食べ物によるアレルギー症状についてお書き下さい。

薬：有（ ）・無

食べ物：有（ ）・無

造影剤アレルギー：有・無

9. 職業をお書き下さい（例：会社員 事務、元会社員）

ご協力ありがとうございました。