

泌尿器科外来問診票

記入者：..... 関係：.....

※泌尿器科では尿検査をおこないます

1. 今日どのような理由で来院されましたか？（いつ頃から・どこに・どのような症状が起きましたか）

.....
.....
.....

2. 現在、他の医療機関にかかっていますか？ はい いいえ

病院名：当院・他院（.....）年齢（.....）病名（.....）薬（有 無）

病院名：当院・他院（.....）年齢（.....）病名（.....）薬（有 無）

病院名：当院・他院（.....）年齢（.....）病名（.....）薬（有 無）

3. 以前にかかった主な病気や手術を教えてください。

病院名：当院・他院（.....）年齢（.....）病名（.....）

病院名：当院・他院（.....）年齢（.....）病名（.....）

病院名：当院・他院（.....）年齢（.....）病名（.....）

4. 血のつながりのあるご家族で、癌の方がいらっしゃいますか？ はい いいえ

はいの方へお尋ねします。その方との続柄と病名を教えてください。（例 父 前立腺がん）

続柄（.....）病名（.....）

続柄（.....）病名（.....）

5. 排尿についてお尋ねします

・排尿回数は、1日.....回 そのうち就寝から起床まで.....回

・尿の出にくさはありますか？ はい いいえ

・尿の出かたで困っていますか？ 困っている 困っていない どちらでもない

・血尿はありますか？ はい いいえ

6. 日常生活についてお尋ねします。

排便回数：（.....回／日）

睡眠： 良い 悪い

アルコール： 飲まない やめた 飲む（どの位.....）

タバコ： 吸わない 吸う（.....本／日） やめた（.....年前まで.....本／日）

7. 食べ物や薬でアレルギーをおこしたことはありますか？

ない ある（内容..... 症状.....）

8. 女性の方へ

現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい（妊娠.....か月）

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

2. 世帯について教えてください

1人暮らし 配偶者と2人暮らし その他家族有り

3. 介護保険は利用していますか

未申請 申請中 申請済 (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医： _____ ☎ _____

地域包括： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

ケアマネ： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

生活保護ケースワーカー： _____ 役所 担当者 _____ ☎ _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない

ご要望： _____

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

8. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください