

紹介・コンサル・予約日に受診できず /

ID:

泌尿器科 問診票

お名前

身長

cm

体重

kg

体温

℃

*** 本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものにチェックをつけてください。**

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 | <input type="checkbox"/> 熱がある (°C) | <input type="checkbox"/> 尿が出ない |
| <input type="checkbox"/> 尿が近い | <input type="checkbox"/> 血尿が出た | <input type="checkbox"/> 睪丸が痛い |
| <input type="checkbox"/> 尿がもれる | <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 睪丸が腫れた |
| <input type="checkbox"/> 排尿時痛がある | <input type="checkbox"/> 尿が出ずらい | <input type="checkbox"/> 不妊症検査 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛がある | <input type="checkbox"/> 背部痛がある (右・左) | <input type="checkbox"/> 不妊症検査 |
| <input type="checkbox"/> 性病検査 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| <input type="checkbox"/> 健康診断で異常を指摘された | | |
| (<input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 尿潜血 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> その他) | | |

*** その症状はいつ頃からありますか？**

*** その他、気になる事がありましたらお書きください。**

..... 下記は記載しないでください.....

指示確認

1 診

2 診

3 診

採血	検尿	尿培養	尿細胞診	X-P	CT	コピ'フル
----	----	-----	------	-----	----	-------

エコー	残測	UFM	導尿	点滴	鎮痛指示	その他
-----	----	-----	----	----	------	-----

↑ 残測がある場合、検査から戻ってきたら処置室へ声をかけてください。

*** 新患/お薬手帳有無** あり なし 携帯電話 内服薬なし

*** 尿持参あり** *** 家族/施設の方のみ来院** *** 医師希望あり (Dr)**