

泌尿器科(女性)問診票

ID: _____ 日付: _____

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

結婚: している・していない 妊娠中(妊娠 _____ ヶ月) ・ 生理中

出産歴: 有 ・ 無 発熱: _____ °C 月 _____ 日 ~ 月 _____

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない 持っていない

現在の該当する症状を下記の中から選び隣の欄に○をして下さい

下記の項目に該当するものがない場合は来院理由を「その他」の欄にご記入ください

健診で尿潜血を指摘された		血尿が出ている	
排尿時に残尿感ある		尿が漏れる	
下腹部が痛い(左・右・中央)		尿道から分泌物・膿が出る	
背中が痛い(左・右・中央)		むくみがある	
外陰部(尿道付近)の違和感		外陰部(尿道付近)の痛み	
尿が出にくい		外陰部(尿道付近)の下垂感・脱出感	
尿の回数がいつもより多い(1日 _____ 回 夜間 _____ 回)			
尿が出ない(いつ頃から? _____ 月 _____ 日 _____ 時から)			

その他

○上記の症状はいつ頃からですか? (_____ 月 _____ 日)

○何か薬を飲んでいますか? いいえ・はい(薬の名前: _____)

○今まで病気をしたことがありますか? ない・ある(病名: _____)

○手術を受けたことがありますか? ない・ある(いつ頃?: _____ 年 _____ 月)



○<手術を受けたことがある方>(何の手術ですか?: _____)

○アレルギーはありますか? ない・ある(具体的に?: _____)

○3カ月以内に海外への渡航歴はありますか? ない・ある



○<ある方>(渡航した国<都市まで記入> _____)

渡航期間(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄)

※ 紹介状・レントゲンをお持ちの方は診察前に受付にお出し下さい