

問診票（女性用）

年 月 日

ふりがな

ID: 氏 名

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日（才）

1. 症状

- 尿が近い 残尿感 尿が出にくい 尿の勢いが弱い
排尿痛(排尿中 排尿の終わりに 排尿したあとに)
血尿(真赤 ワイン色 ピンク色 黒い) 腹痛 腰痛 発熱
尿失禁(くしゃみをする時 間に合わなくて 気付かないうちに)
検診で異常(尿潜血 蛋白尿 超音波検査異常 その他)
その他 ()
※症状はいつ頃からですか ()
今回の症状で他院を受診したことはありますか 1. はい 2. いいえ
どちらの病院で ()

2. 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか（有・無）

- 高血圧 心臓病（不整脈、狭心症、心筋梗塞、その他） 肝臓病 腎臓病 糖尿病
喘息 アレルギー 精神疾患 アトピー性皮膚炎 婦人科疾患()
緑内障 その他 ()
※いつ頃からですか () 具体的な病名 ()
どちらの病院で ()

3. 現在服用中の薬はありますか（有・無）

有の方はご記入ください ()

お薬手帳か服薬指導書があれば書かなくて結構です。受付に提出してください。

4. お薬と食べ物のアレルギーはありますか（有・無）

- かぜ薬 痛み止め ピリン系 ペニシリン 消毒薬 造影剤 鎮痛剤
その他（薬品・食品名）()

5. たばこはお吸いになりますか 1. いいえ 2. はい 1日 () 本くらい 3. 以前吸っていた

6. 麻酔を受けたことがありますか（有・無）

- 局所麻酔（歯科など） いつ頃 () 手術名 ()
全身麻酔 いつ頃 () 手術名 ()
腰椎麻酔（下半身麻酔） いつ頃 () 手術名 ()
※副作用はありませんでしたか？（有・無）

7. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか（有・無）

8. 当院をお知りになったきっかけは何ですか

- 知人の紹介 インターネット 電話帳 雑誌・広告 他院からの紹介
その他 ()

9. ご質問がございましたらお書きください。

()