

泌尿器科問診票（女性）

フリガナ：

氏名： _____ 生年月日： _____（ _____ 歳）

〒：

住所： _____ 電話番号： _____

紹介状： 有 ・ 無 _____

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？○をつけてください（いくつでも可）

- 尿の回数が多くなった
- 特に、夜の尿の回数が多い
- 尿の出が悪い
- 尿をするときに痛みがある
- 尿を出しても、まだ残っている感じがある
- 尿が漏れてしまう
- 尿が赤い、血が混じっている感じがする
- 腰や脇腹が痛い→左右どちらですか？（右・左）
- 下腹部の違和感がある
- 膀胱が下がってきた感じが、または、何か出てきている感じがする
- 最近肌がある、しみの予防をしたい。

※生理中の方

本日(_____)日目

その他 (_____)

2. 上記症状はいつから続いていますか？

3. 現在、内服している薬はありますか？ はい ・ いいえ
(_____)

4. 今までに病気にかかり、治療を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ

『はい』のかたは○をつけてください

高血圧 ・ 糖尿病 ・ がん ・ 脳卒中 ・ 喘息 ・ 心臓病

その他(_____)

5. 薬、食べ物、造影剤のアレルギーはありますか？

はい (内容： _____) ・ いいえ

6. 現在妊娠している、あるいは妊娠の可能性はありますか？

はい ・ いいえ