

フリガナ：

氏名： _____

生年月日： _____ (_____ 歳) **女性**

〒：

住所： _____

電話番号： _____

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
- () 最近肌があれる、しみの予防をしたい。
- () 10日以内に発熱した ⇒ (_____ 月 _____ 日 _____ 時頃 _____ °C)

☆紹介状・検査結果・お薬手帳
お持ちの方は受付スタッフに
お渡しください

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 (手術) 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 ・ いいえ

内容 (_____)

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 (妊娠 _____ 週) ・ いいえ

・ 授乳中 はい ・ いいえ

※生理中の方
本日(_____)日目

7. 体重(_____ kg) * お子様のみご記入ください