

# 問診票（女性用）

年 月 日

ふりがな

ID: 氏 名

生年月日： 明・大・昭・平 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。

( )