

つじ泌尿器科予診票 (女性用)

年 月 日

住所  
氏名

電話番号

年齢 歳

① 今日はどうな症状またはどのような問題で来院されましたか

- 尿の回数が多い
- 夜トイレ起きる ( ) 回
- 排尿時痛みがある
- 残尿感がある
- 目に見える血尿
- 下着に血液付着した
- 検診で異常
- 尿検査で異常を指摘  
・血液・細菌・蛋白
- 尿が出づらい
- 尿の勢いが弱い
- 背中が痛い 左・右
- 下腹部が痛い
- 腹圧をかけると漏れる
- 急に尿に行きたくなる
- 急に漏れる
- 知らずに尿が漏れる
- おねしょがある

※その他相談希望あり

( )

その症状はいつからですか

年 月 日頃から または 日・ヶ月・年前 から

② 最後に排尿されたのは何時ごろでしたか

午前 午後 ( 時 分頃)

③ 一週間以内に熱は出ていますか

いいえ はい・( 月 日 度 分)

④ 現在、何かお薬を飲んでいますか

いいえ はい ⇒ お薬手帳あり、なし、アプリ管理

薬品名 ( )

※お薬手帳持参の方は記載不要

⑤ 今までに大きな病気やけが、通院治療されている病気はありますか

いいえ はい

病名 ( )

いつ頃 ( )

⑥ アレルギーはありますか

いいえ はい

その時の症状は ( )

原因は ( )

⑦ 現在生理中ですか

いいえ はい 最終月経時期 ( 月 日 頃 ・ 閉経後)

⑧ 現在、妊娠・授乳中ですか

いいえ はい

⑨ 当院を何でお知りになりましたか？当てはまる項目に○をお願いします。(複数可)

家族・知人の紹介 ・ 当院ホームページ

他院より紹介 (医療機関名: )

その他 ( )

ありがとうございました

ID ( )