

# つじ泌尿器科予診票 (女性用)

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか? はい いいえ

① 今日はどのような症状またはどのような問題で来院されましたか

- |  |                                    |                                     |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い       | <input type="checkbox"/> 検診で異常     | <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い     |
| <input type="checkbox"/> 夜トイレ起きる ( ) 回 | <input type="checkbox"/> 尿検査で異常を指摘 | <input type="checkbox"/> 腹圧をかけると漏れる |
| <input type="checkbox"/> 排尿時痛みがある      | <input type="checkbox"/> 血液・細菌・蛋白  | <input type="checkbox"/> 急に尿に行きたくなる |
| <input type="checkbox"/> 残尿感がある        | <input type="checkbox"/> 尿が出づらい    | <input type="checkbox"/> 急に漏れる      |
| <input type="checkbox"/> 目に見える血尿       | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い   | <input type="checkbox"/> 知らずに尿が漏れる  |
| <input type="checkbox"/> 下着に血液付着した     | <input type="checkbox"/> 背中が痛い 左・右 | <input type="checkbox"/> 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 ※お薬手帳持参の方は記入不要です

☐いいえ ☐はい ⇒ ☐お薬手帳あり、☐なし、☐アプリ管理

薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

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 ・ 検索サイト

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

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。