

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。