

# 問診票

氏名( )

※①～⑦(⑧) **全てご記入**ください



## ① 本日はどのような症状で来院されましたか

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1. 起きている間、尿の回数が多い | 9. 陰のうが腫れている又は痛い     |
| 2. 寝ている間、尿の回数が多い  | 10. お腹 又は 腰が痛い       |
| 3. 尿がもれる          | 11. 熱がある             |
| 4. 尿が出づらい         | 12. 下腹部の不快感          |
| 5. 尿が残った感じがする     | 13. 定期検査 or 二次健診(検査) |
| 6. 排尿時に痛みがある      | 14. 性病検査             |
| 7. 排膿があり下着が汚れる    | 15. 性病 ( 皮膚症状あり )    |
| 8. 赤い尿が出た         | 16. その他 ( )          |

➡ 上記症状はいつ頃からですか [ ]

## ② 1日の排尿回数を教えて下さい 起きている間 ( 回 ) 寝ている間 ( 回 )

## ③ これまでにかかった又は現在も治療中の病気はありますか [ ある ・ なし ]

↓ 「ある」に○をつけた方は [ ] に記入し、同時に **手術歴** もお答え下さい ↓

[ 年齢・病名 : 治療先病院名 ]	→ [ 手術 : 手術歴有無 or 手術内容 ]
例1 [ 23才・右足関節骨折 : ○×整形外科 ]	→ [ 手術 : ボルト固定 ]
例2 [ 65才・高血圧 : ○○病院 ]	→ [ 手術 : — ]
[ 才・ : ]	→ [ 手術 : ]
[ 才・ : ]	→ [ 手術 : ]
[ 才・ : ]	→ [ 手術 : ]
[ 才・ : ]	→ [ 手術 : ]
[ 才・ : ]	→ [ 手術 : ]
[ 才・ : ]	→ [ 手術 : ]
[ 才・ : ]	→ [ 手術 : ]

※泌尿器系以外も  
全てご記入下さい

## ④ 緑内障はありますか [ ある ・ ない ]

## ⑤ 喘息はありますか [ ある ・ ない ]

## ⑥ 現在、内用薬/外用薬(点眼薬など)の使用はありますか ※市販薬含む [ ある ・ なし ]

↓ 「ある」に○をつけた方は下記もお答え下さい ↓

抗血小板剤(血をサラサラにするお薬)を服用してますか [ はい ・ いいえ ]

本日、お薬手帳又はお薬の説明書はありますか [ ある ・ 忘れてきた ・ 元々持ってない ]

## ⑦ アレルギーはありますか [ ある ・ なし ]

1. 造影剤 ( ) 2. 薬 ( ) 3. 食品 ( )

## ⑧ 女性の方のみお答え下さい

- ・ 生理中ですか [ はい ・ いいえ ]
- ・ 妊娠中もしくはその可能性がありますか [ ある ・ ない ]
- ・ 授乳中ですか [ はい ・ いいえ ]

※他病医院からの **お手紙** ・ **健診結果** をお持ちの方は、受付に提出して下さい。