

## 泌尿器科問診票（女性用）

※マイナ保険証利用希望しますか？（はい・いいえ）紹介状持参（有・無） ID: \_\_\_\_\_

|      |      |       |   |
|------|------|-------|---|
| フリガナ | 大 昭  |       |   |
| お名前  | 平 令  | 年 月 日 | 歳 |
| 電話   | 携帯電話 |       |   |
| 住所   |      |       |   |

**初診の皆様へのお願い：排尿はしないでお待ち下さい**

① 受診理由 ☐ 点滴療法希望（自費）

|           |               |                |
|-----------|---------------|----------------|
| ☐ 尿に血が混じる | ☐ 下腹部が痛い      | ☐ 尿が出にくい       |
| ☐ 残尿感     | ☐ 尿が出るときに痛い   | ☐ 背中・腰が痛い(左・右) |
| ☐ 尿がもれる   | ☐ おねしょ(夜尿症)   |                |
| ☐ 熱が出た    |               |                |
| ☐ 尿の回数が多い | ☐ 健診で異常を指摘された | ☐ その他          |
| 〔 日中 回 〕  | 〔 〕           | 〔 〕            |
| 〔 夜間 回 〕  |               |                |

※上記症状はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 日前・ \_\_\_\_\_ 週間前・ \_\_\_\_\_ カ月前・ \_\_\_\_\_ 年前より

※現在、他の医療機関に通院していますか？（はい・いいえ）

※この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受けたことがありますか？（はい・いいえ）

② 今までにかかった病気、現在治療中の病気（有 ・ 無 ）

|               |                |        |         |         |
|---------------|----------------|--------|---------|---------|
| ☐ 高血圧         | ☐ 心臓病          | ☐ 認知症  | ☐ 慢性腎臓病 | ☐ 脳血管障害 |
| ☐ 糖尿病         | ☐ 肝臓病          | ☐ 神経疾患 | ☐ 精神科疾患 |         |
| ☐ 手術（ _____ ） | ☐ その他（ _____ ） |        |         |         |

③ 現在服用中の薬（有 ・ 無 ） お薬手帳（有※持参 ・ 有※持参してない ・ 無 ）

☐ 抗凝固薬の服用（有 ・ 無 ）（血液サラサラのお薬） ☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）

④ 薬、食べ物のアレルギー（有 ・ 無 ）抗生剤でアレルギーはありますか？（有 ・ 無 ）

☐ かぜ薬      ☐ ピリン系      ☐ 造影剤(ヨード)      ☐ アルコール

☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑤ 現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか？（有 ・ 無 ）

⑥ 身体所見

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 体温 \_\_\_\_\_ °C 脈 \_\_\_\_\_ 回/分

ご不明な点がございましたら、受付までお申し出ください。



尿もれ 頻尿 排尿困難 前立腺検査  
**ヒルズガーデンクリニック**

当院は皆さまの思いに Hospitality -おもてなしの心-  
 を持って寄り添う、地域に根ざしたかかりつけ医を目指します。

院長 米納 浩幸

