

【問診票】

受診日

ふりがな
お名前

生年月日 大 昭 平 令 年 月 日 歳

〒

ご住所

電話番号

携帯電話

お付き添い

続柄() 連絡先

1. 本日はどうされましたか？ ✓をつけて下さい(いくつでも可)

- 尿の回数が多くなった(頻尿)
- 排尿後もまだ残っている感じがある(残尿感)
- 排尿時に痛みがある
- 膀胱炎をくりかえす
- 尿の出が悪い
- 尿が漏れてしまう(咳・くしゃみ・尿が我慢できず・排尿時に)
- 尿が赤い、血が混じっている感じがする
- 尿がにごっている
- 腰や脇腹が痛い → 左右どちらですか(右・左)
- 膀胱が下がってきた感じがする、または何か出てきている感じがする
- 熱がある(どのくらいありますか？ °C)
- その他()

※生理中の方

本日()日目

※上記の症状はいつからですか？ ()

2. 排尿は1日何回ですか？

朝から就寝時まで()回 就寝後()回

3. 現在この症状で治療を受けていますか？

はい (病院名) いいえ

4. 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ

はいの方は○をつけて下さい

高血圧・糖尿病・がん・脳卒中・喘息・心臓病・緑内障・胃腸炎・肝臓病・腎臓病
うつ病・パーキンソン病・認知症

その他()

5. 今までに手術を受けたことはありますか？ はい いいえ

はいの方は(病名・手術名)

6. 薬や注射でアレルギー反応(発疹がでたり気分が悪くなること) が起きたことがありますか？

ない ある(お薬名)

7. 現在妊娠をしていますか？ また妊娠している可能性がありますか はい いいえ

妊娠 ()回 出産 ()回

8. 当院にご家族がかかったことがある (お名前)