

泌尿器科問診票 女性用

年 月 日 ID

枠内（わくない）をご記入ください。尿検査・超音波検査を行う場合がありますので、尿をためてのご来院をおすすめいたします。我慢できない場合、受付・看護師にお声掛けください。

フリガナ			女性	体温	度	
氏名			体重	kg		
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	
ご住所	〒					
お電話番号	固定電話	( )	携帯	( )		
1. 本日は主にどのような症状で来院されましたか？受診理由をご記入ください。						
(具合の悪い部位と症状を下記から選んで○で囲んでください。)						
部位	尿(によ)		症状	・痛む	・尿に血が混じる(血尿)	・排尿時の痛み
	腰部(こし)	左・中・右		・重苦しい	・排尿のいきおいがない	・排尿後の痛み
	背中(せなか)	左・中・右	・腫れた	・尿が出にくい	・尿道がしみる	・尿がにごる
	脇腹(わきばら)	左・右	・かゆい	・排尿回数が多い	・熱がある( )度	
	上腹部	左・中・右	・しこりがある	・排尿に時間がかかる		
	下腹部	左・中・右	・尿が漏れる	・夜間トイレに起きる		
	陰部	左・中・右	・残尿感	・尿が出ない		
			・尿意切迫感	・検診で尿所見を指摘		
			・その他→			
2. 症状はいつごろからですか？						
本日 時ごろから・昨日 時ごろから・2~3日前から・1週間前から・年 月頃から						
3. 今までにかかったご病気はありますか？						
□ない・□ある→下の枠内の当てはまるものに○と年齢をお願いします						
・糖尿病 ( 歳 ) ・高血圧 ( 歳 ) ・高脂血症 ( 歳 ) ・高尿酸血症 ( 歳 ) ・狭心症 ( 歳 ) ・心筋梗塞 ( 歳 ) ・腎臓病 ( 歳 ) ・肝臓病 ( 歳 ) ・胃潰瘍 ( 歳 ) ・脳梗塞 ( 歳 ) ・緑内障 ( 歳 ) ・白内障 ( 歳 ) ・尿管結石 ( 歳 ) ・過活動膀胱 ( 歳 ) ・がん ( 歳 ) 部位→						
その他						
4. 今までに手術を受けたことがありますか？						
□ない・□ある→下の枠に年齢とご病気名と内容をお願いします						
( ) 歳→						
5. 現在内服しているお薬はありますか？						
□ない・□ある→下の枠に内服しているお薬をご記入ください。お薬手帳があればご提出ください。						
6. 今までに、お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？						
□ない・□ある→下の枠に内容をご記入ください						