はじめて受診される方へ

For Ladies

以下の項目にお答えください。

泌尿器科 いとう

ふりがな

ご氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日 M T S H　　年　　月　　日

※保険証と異なる場合、あるいは記載されてない場合にご記入下さい。

●現住所　〒

●ご自宅電話番号

●その他連絡電話番号

1. どのような症状がありますか。（簡単で結構です。）

・排尿する時痛む　・尿が近い　・尿が漏れる　・尿が出にくい

・熱がある（　　℃）　・お腹が痛む　・腰がいたむ　・膿が出る

・その他（　　）

2. 今までにかかった病気と、現在治療中の病気を書いてください。

3. 今までに手術を受けたことがありますか。

・なし　・あり（　年前　）（　年前　）

（　年前　）（　年前　）

4. アレルギーはありますか。

・なし・あり（くすり＿＿＿＿＿＿ 食べ物＿＿＿＿＿＿ その他 ＿＿＿＿＿＿ ）

5. 女性の方へ妊娠中、またはその可能性がありますか。・なし・あり

6. ご紹介いただいた方がございましたらお書きください。

■排尿の終わりの方が痛い。…… Yes（　）No（　）

■尿の回数が多い。…… Yes（　）No（　）

■排尿しても残ったような感じがある。…… Yes（　）No（　）

■膀胱炎にかかったことがある。…… Yes（　）No（　）

■尿が赤くなる。…… Yes（　）No（　）

■排尿後ティッシュに血がつく。…… Yes（　）No（　）

■排尿後に血液が滴下する。…… Yes（　）No（　）

■帯下が多い。…… Yes（　）No（　）

■下腹部痛がある。…… Yes（　）No（　）

■尿意があると、我慢しにくく、少しもれてしまう。…… Yes（　）No（　）

■走ったり、咳をすると尿がもれることがある。…… Yes（　）No（　）

■性交痛がある。…… Yes（　）No（　）

■夫婦生活について相談したい。…… Yes（　）No（　）

■その他、ご相談なさりたいことについてご記入ください。

※この問診シートをプリントしてご記入ください。ご来院の際健康保険証に添えて受付へご提出ください。