

< 泌尿器科問診表 **女性** >

記入日： 年 月 日

氏名 _____ 歳

※12歳以下の方→体重（ ） kg

あてはまる項目に をつけてください。

1. 本日の受診目的

検診結果、受診を勧められた { 尿潜血 尿たんぱく 尿糖 }

病院より、受診を勧められた

尿に血が混じる 尿が濁る 下着に血がつく

腰・背部痛 (右 ・ 左)

腹痛 (部位：) 発熱 (°C)

膀胱部 (下腹部) に痛みがある { いつも 尿がたまった時 尿をした後 }

尿道に痛みがある

尿が近い (昼間 回 ・ 就寝後 回)

急に我慢ができないくらい尿がしたくなる

我慢できずに尿が漏れる 咳・くしゃみ・運動のときに、尿が漏れる

尿の勢いが弱い・途中で切れる 尿をするときに、お腹に力を入れる

尿をした後に、まだ残っている感じがする

陰部にものがはさまった感じがある 入浴中に陰部になにか触るものがある

その他 ()

2. いつ頃からですか。

() 日前 () 週間前 () ヶ月前 その他 ()

2枚目のご記入もお願いいたします。

3. 現在治療を受けている、あるいはかかった病気、手術、大きなケガについて教えてください。

- 尿路結石症 { 腎 尿管 膀胱 }
- 尿路感染症 { 膀胱炎 腎盂腎炎 その他 }
- 糖尿病 高血圧
- 心臓病： 気を失ったことがある（失神）
- 脳血管障害（ 脳梗塞 脳出血） 脊髄（脊椎）疾患：
- 気管支喘息 甲状腺疾患：
- 緑内障 腎臓病：
- 肝臓病： 消化器病：
- アレルギー疾患： その他：
-
- 手術名： 時期：

4. 通院中の医療機関はありますか。

- なし あり 病院名（ ）

5. 使用中のお薬

- なし あり { お薬手帳 あり なし }

6. 検査で造影剤を使用して、具合がわるくなったことがありますか。

- なし あり
- 検査をしたことがない

7. お薬や消毒液、注射で副作用がおこったことがありますか。

またゴム製品や卵アレルギーはありますか。

- なし あり {
- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> 薬や消毒液（ | ） | 症状： |
| <input type="checkbox"/> 注射（ | ） | 症状： |
| <input type="checkbox"/> ゴム製品 | 症状： | |
| <input type="checkbox"/> 卵 | 症状： | |
- }

8. 現在生理中ですか。 いいえ はい（ 日目）

妊娠の可能性はありますか。 いいえ はい（ か月）

現在授乳中ですか。 いいえ はい

閉経されていますか。 いいえ はい

ご記入ありがとうございました。