

泌尿器科 問診票（女性）

* 診察を受けていただく前に、ご病気についてお聞きします。

わかる範囲でかまいませんので、ご記入、または□にチェックをお願いします。

お名前 _____ (年齢) _____ 身長 _____ □不明
□既婚 □未婚（性経験は？ □有 □無） 体重 _____ □不明

1. 今日は、どうされましたか？（受診された理由、症状など）

2. ふだんの排尿についてうかがいます。

・尿回数 昼間（ ）回 夜間（ ）回
・排尿時の痛み □有（□出始め □排尿中 □終わりごろ） □無
・残尿感 □有 □無 □不明
・尿漏れ □有 □無 □不明
・尿が出始めるまで □時間がかかる □問題なし □不明
・排尿が終わるまで □時間がかかる □問題なし □不明
・尿が出ているとき □線が細い □問題ない □不明
※血尿がある □有 □無
※性病の心配がある □有 □無

3. からだに、どこか痛いところがありますか？

痛みが □有 部位（ ）
程度（ ）
□無

4. 便通（ ）回 /（ ）日

5. 月経や妊娠についてお聞きします。

□順調 □不順（最終月経は？ 頃） □閉経（ ）才頃
※妊娠の可能性は？ □有 □無 □妊娠中（現在妊娠 週）

6. アレルギーはありますか？

□有（食品や薬品など、具体的にあれば書いてください） □無

7. 現在、通院中の病気や、飲まれているお薬はありますか？

●お薬手帳をお持ちの方は見せてください。

8. 今までに、大きな病気や手術をしたことがあれば書いてください

うら面もご記入ください。
ご協力ありがとうございました。