

問診票(女性)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 年齢 \_\_\_\_歳

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 自宅 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

職業 \_\_\_\_\_

- ② 未婚 ( 性体験 : 有 無 ) 既婚
- ② いつから症状がありますか ( )
- ③ 排尿の異常 有 無
  - 血尿 有 ( 自分でわかった 検査でわかった ) 無
  - 排尿回数 起きている時 回 、 寝てから 回
  - 排尿時の痛み 有 ( 初期 排尿時 終末時 排尿後 ) 無
  - 尿が出にくい 有 無 出ない
  - 排尿開始までの時間 かかる かからない
  - 排尿している時間 かかる かからない
  - 尿漏れ 有 無
  - その他 ( )
- ④ 痛みがありますか 有 無
  - 部位 ( 腹部 腰部 他: )
  - 程度 ( 激痛 鈍痛 時々 続く 他: )
- ⑤ 熱 有 ( 度 ) 無
- ⑥ 性病の心配 有 無 どちらとも言えない
- ⑦ その他受診された理由があればお書き下さい。

- ⑧ アレルギー体質または特異体質 有 無
  - 薬による ( ) 食べ物による ( )
  - その他 ( )
- ⑨ 便通 回 / 日
- ⑩ 生理 順調 不順 ( 最終月経 月 日 )
  - 今妊娠していますか ( はい いいえ わからない )
  - いままで 妊娠 回 ・ お産 回 ・ おりものが多いですか ( はい いいえ )
- ⑪ 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか。
  - また現在療養中の病気がありますか。 有 無
  - 神経病 脳卒中 高血圧 喘息 結核 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃腸病
  - 糖尿病 皮膚病 性病 尿路結石 膀胱 緑内障
  - その他:
  - 手術:
- ⑫ 今飲まれている、又は処方されている薬がありますか。 はい いいえ
  - 薬名 ( )
- ⑬ 検査の結果、がんと診断された場合、病名の告知を望みますか。
  - はい いいえ わからない その他 ( )
- ⑬ どの様に当院をお知りになりましたか。
  - 看板 インターネット 知人の紹介 その他 ( )