

問 診 票

ふりがな

氏 名：

生年月日： 昭和 ・平成 ・令和 年 月 日 (才)

住 所： 〒 -

電話番号： () -

1. いつ頃からの症状ですか？

2. どんな症状ですか？

イ.排尿症状

(尿が出にくい、勢いが弱い、残尿感がある、尿の切れが悪い)

(排尿時に痛む 、 血尿がある)

(尿の回数が多い： 日中 回 時間毎・夜間 回 時間毎 ,
多い時間帯 (日中 ・ 夜間 ・ 早朝 ・ 1日中)

(尿が我慢できない、尿がもれる)

ロ.痛みがある

(場所 : 腹部、 陰部 、その他)

ハ.それ以外の症状

()

3. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

(はいの場合) いつ頃 ()

どんな病気ですか ()

4. 現在、服薬中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

(はいの場合) それはどんな薬ですか？

5. 今までに、薬で蕁麻疹が出たことがありますか？ (はい ・ いいえ)

(はいの場合) それはどんな薬ですか？

(女性の方のみ)

妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

最後の生理はいつですか？ (日まで、 才頃まで)

マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ (はい ・ いいえ)

現在、処方されているお薬がありますか？ (はい・ いいえ・ お薬手帳を提出します)

この一年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受けられましたか？

受診時期 (月頃)、 指摘事項 ()

(※ マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。)