

# 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。)