

## 泌尿器科むかいクリニック 問診票 女性用

1. 紹介状はお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ
2. 禁煙外来のご希望ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
3. どのような症状が出ていますか？（該当箇所に ☒ チェックしてください・複数可）  
☐ 残尿感がある ☐ 尿の回数が多い ☐ 尿が出にくい ☐ 尿が漏れる  
☐ 尿を我慢できない ☐ 尿の勢いが弱い ☐ 尿に血が混じる ☐ 尿を出すと痛む  
⬆上の症状に該当する方は、2～3枚目の症状スコア（LUTSS・OABSS）もご記入ください。  
☐ 健診などで異常を指摘された  
☐ その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
3. その症状はいつ頃からですか？（ \_\_\_\_\_ 頃から）
4. 普段服用している薬、サプリメントなどがありますか？  
☐ ない ☐ ある（ \_\_\_\_\_ ）
5. 現在、治療中の病気はありますか？  
☐ ない ☐ ある（☐ 糖尿病 ☐ ぜんそく ☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病  
☐ 緑内障 ☐ その他 \_\_\_\_\_ ）
7. 今までに手術を受けたことはありますか？  
☐ ない ☐ ある（ \_\_\_\_\_ ）
8. タバコは吸いますか？  
☐ 吸ったことがない ☐ 過去に吸っていた（1日 \_\_\_\_\_ 本・ \_\_\_\_\_ 年間・ \_\_\_\_\_ 年前まで）  
☐ 現在吸っている（1日 \_\_\_\_\_ 本・ \_\_\_\_\_ 年間）
9. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？  
☐ ない ☐ ある（何に \_\_\_\_\_ ・症状は \_\_\_\_\_ ）
10. 妊娠の可能性はありますか？ ☐ ない ☐ ある  
現在授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい
11. 当院をどのようにお知りになりましたか？（該当箇所に、☒ チェックしてください・複数可）  
☐ 家族が通院中もしくは以前通院していた（お名前： \_\_\_\_\_ ）  
☐ 友人・知人の紹介やすすめ（お名前： \_\_\_\_\_ ） ☐ インターネットを見て  
☐ 看板を見て ☐ 家から近い ☐ 職場から近い ☐ 診療曜日・時間の都合がよいから  
☐ 泌尿器科学会専門医・指導医・がん治療認定医・医学博士がいると聞いたから  
☐ 生活指導やサプリメントなど、くすり以外での治療法も相談できると聞いたから  
☐ その他（ \_\_\_\_\_ ）