

問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		大正・昭和・平成・令和	男・女	身長	cm	ここ10年での体重変化
お名前		年 月 日生 歳	未婚・既婚	体重	kg	kg 増 / kg 減
住所	〒() - ()		自宅 TEL:			体温 ()℃
			携帯 TEL:			
妊娠：有・無	授乳中：有・無	出産経験：回・無	最終月経：月 日	最終周期：日・閉経		紹介状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
平均睡眠時間： : ~ :	熟睡感：有・無	職業 ()	立ち仕事/座り仕事/肉体労働/オフィスワーク/他			

症状	●あなたは尿が漏れることが、どのくらいありますか？ <input type="checkbox"/> 稀に <input type="checkbox"/> 毎日、1日に何回も <input type="checkbox"/> 時たま <input type="checkbox"/> 持続的
	●どのような時に尿がもれましたか？ <input type="checkbox"/> せきやくしゃみをした時 <input type="checkbox"/> 座っていたり、横になっている時
	●尿を漏らした時の量はどうでしたか？ <input type="checkbox"/> 数滴～少量と少なかった <input type="checkbox"/> 比較的多かった
	●毎日どの位の間隔でトイレに行きますか？ <input type="checkbox"/> 3～6時間ごとに <input type="checkbox"/> 1～2時間ごとに
	●夜寝てからもトイレに行きますか？ <input type="checkbox"/> 一度も行かないか、一度だけ行く <input type="checkbox"/> 2回以上または頻繁に何度も行く
	●夜寝ている時に尿を漏らしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> よくある
	●尿意を感じた時、我慢できますか？ <input type="checkbox"/> 我慢できる <input type="checkbox"/> すぐに(10分～15分で)トイレに行かないともれてしまう <input type="checkbox"/> 我慢できずに漏れてしまう
	●トイレに行く途中で尿を漏らしてしまったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 全くないか、または、稀にしかない <input type="checkbox"/> ほとんどいつも漏れる
	●突然強い尿意を感じて、そのため我慢できずに尿を漏らしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時たま、または、よくある
	●出している尿を途中で止めたり出したりできますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	●排尿した後、残尿感(尿がまだ残っているような感じ)は全くないですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	●トイレに行きたいぐらいの尿意が頻回にありますか？ <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 非常にある
	●あなたにとって尿が漏れる事はどうですか？ <input type="checkbox"/> 時たま悩ませるだけか、あまり気にならない <input type="checkbox"/> 非常に困っている
	●朝起きた時から寝るまでに、何回くらい尿をしましたか？ <input type="checkbox"/> 7回以下 <input type="checkbox"/> 8回～14回 <input type="checkbox"/> 15回以上
	●夜寝てから朝起きるまでに何回くらい尿をする為に起きましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上

●急に尿がしたくなり、我慢が難しいこと、または漏らすことがありますか？
 なし 週に1回より少ない 週に1回以上 1日1回くらい 1日に2回～4回 1日に5回以上

※その他、気になる症状があればお教え下さい。

病歴他	●現在 他の医療機関に通院していますか？ (※ある場合は、医療機関名、受診日、治療内容等をご記入下さい。) <input type="checkbox"/> ある → 医療機関名 () <input type="checkbox"/> ない 受診日 () 治療内容 ()
	●現在 服用中のお薬がありますか？ (※ある場合は、お薬名、用量、投薬期間等をご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です。) <input type="checkbox"/> ある → お薬名 () <input type="checkbox"/> ない 用量 () 投薬期間 ()
	●これまでにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (※ある場合は、お薬名や食品名、症状等をご記入下さい。) <input type="checkbox"/> ある → お薬名 () <input type="checkbox"/> ない 食品名 () 症状 ()
	●今までに喘息と言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 咳喘息 <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> いいえ
	●これまで大きな病気(入院や手術を要する病気等)にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (※ある場合は、病名、時期、医療機関名、治療内容等をご記入下さい。) 病名 () 時期 () 医療機関名 () 治療内容 ()
	●この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)をうけたことがありますか？ (※ある場合は、受診時期、指摘事項等をご記入下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、記載を省略可能です。) <input type="checkbox"/> ある → 指摘事項 () <input type="checkbox"/> ない 受診時期 ()

●マイナ保険証による診療情報取得について(限度額認定証) 同意する

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

【2024年6月-1版】