

泌尿器科へ初めてかかる方へ

記入日： 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日	
	様	男・女	年	月 日(歳)
ご住所		電話番号		
		携帯番号		
緊急連絡先	①氏名：	続柄：	携帯番号	
	②氏名：	続柄：	携帯番号	
お薬手帳へ処方内容のシール貼付を希望しますか？ いいえ ・ はい ※はいの方 → ・ 本日手帳発行希望 ・ 本日手帳を持参している ・ 手帳は持っているが本日は未持参 (※1回のシール貼付は、窓口負担が3割の方で9円、1割の方で3円かかります。) ◎ 3ヶ月以内に沼田脳外病院または吾妻脳外で、診察や入院をしていましたか？ ◇ 沼田脳神経外科循環器科病院 → ☐ 入院 ☐ 定期診察 ☐ なし ◇ 吾妻脳神経外科循環器科 → ☐ 定期診察 ☐ なし				

- (1) どんな症状がありますか？ あてはまる項目に○をして下さい。
- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ 尿が出にくい(排尿困難) | ☐ 尿の回数が多い(頻尿) |
| ☐ 尿が漏れる(尿失禁) | ☐ 尿をするときに痛む |
| ☐ 背中、わき腹が痛む | ☐ 尿が赤い(血尿) |
| ☐ 尿が残る感じがある(残尿感) | ☐ 紹介状を持ってきた |
| ☐ かゆみがある | ☐ 精密検査を勧められた |
| ☐ ED | |
| ☐ その他 | |

(2) それは、いつ頃からですか？ _____

(3) 現在の尿の回数は？
 夜間(夜寝てから朝起きるまで) _____回, 昼間(朝起きてから夜寝るまで) _____回

(4) 今までにかかれた病気、けが、手術、現在治療を受けている病気はありますか？
 (いいえ ・ はい)
 『はい』の方は、以下の項目に○またはご記入下さい。
 高血圧 心臓病 肺疾患 喘息 脳血管障害 糖尿病 高脂血症 緑内障
 癌 その他 _____

(5) 現在、他の医療機関からお薬の処方を受けていますか？ (いいえ ・ はい)
 『はい』の方は、どのようなお薬ですか？ (_____)
 本日、服用されているお薬または、お薬の手帳 (持参した ・ 持参しなかった)

(6) 抗凝固剤を飲んでいますか。(血液をさらさらにするお薬) (いいえ ・ はい)

(7) アレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい)
 『はい』の方 食 品 (_____)
 薬 品 (_____)
 その他 (_____)

(8) 当科ではご希望があればセカンドオピニオン(他の病院等で意見を聞く)を推進しています。
 ご希望の方はお答え下さい。 (いいえ ・ はい)

(9) もし病気が悪性のものだったとして、告知を望まれますか？
 (いいえ ・ はい ・ わからない)

※女性の方だけにお聞きします。
 現在妊娠しているまたは妊娠の可能性ありますか？ (ない ・ ある)