

泌尿器科へ初めてかかる方へ

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	
お名前		男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)
住 所				
電話番号		携帯電話		
緊急連絡先	氏名：	続柄：	携帯電話	
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			
はいと答えた方のみ	・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	→	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 定期診察	<input type="checkbox"/> なし
◇ 吾妻脳神経外科循環器科	→	<input type="checkbox"/> 定期診察	<input type="checkbox"/> 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。

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい(排尿困難) | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い(頻尿) |
| <input type="checkbox"/> 尿が漏れる(尿失禁) | <input type="checkbox"/> 尿をするときに痛む |
| <input type="checkbox"/> 背中、わき腹が痛む | <input type="checkbox"/> 尿が赤い(血尿) |
| <input type="checkbox"/> 尿が残る感じがある(残尿感) | <input type="checkbox"/> 紹介状を持ってきた |
| <input type="checkbox"/> かゆみがある | <input type="checkbox"/> 精密検査を勧められた |
| <input type="checkbox"/> E D | |
| 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) 今までにかかられた病気、けが、手術、現在治療を受けている病気はありますか？(はい・いいえ)

『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？ (はい ・ いいえ)

『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) (はい ・ いいえ)

(7) アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

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。(はい ・ いいえ)

(9) もし病気が悪性のものであったとして、告知を望まれますか？

(はい ・ いいえ ・ 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はありますか？(ない ・ ある)