

薬品治療を希望する。

*以下の持病がありますか？あてはまるもの全てに○をつけてください。

狭心症 心筋梗塞 心臓病 高血圧 糖尿病 脳梗塞

脳卒中 低血圧 肝臓病 網膜色素変性症

*現在、服用中のお薬があれば全てご記入ください。（書ききれなければ、来院時にお持ちいただいても結構です。）

*何かお伝えしたい事、気になる点があればご記入ください。

◆ 尿失禁でお悩みの方のみお答えください ◆

*今まで受けた手術があれば全てご記入ください。

*現在、服用中のお薬があれば全てご記入ください。（書ききれなければ、来院時にお持ちいただいても結構です。）

*尿失禁の症状について、あてはまる答えの「□」にチェックしてください。

くしゃみ、せきをしたとき尿がもれる。

思い荷物を持ったり、跳んだりすると尿がもれる。

トイレに行くまで我慢ができない。

おしっこが近い

- 尿の出が悪い。
- いつも尿がもれている。
- 残尿感がある。
- パッド（おむつ）をあてている。

*女性の方のみお答えください。出産経験は何回ですか？そのうち帝王切開は何回ですか？

出産（ ）回 帝王切開（ ）回

*何かお伝えしたい事、気になる点があればご記入ください。