

泌尿器科問診票

令和 年 月 日

フリガナ				性 別
氏 名				男 ・ 女
生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 歳				
住所(〒 -)				
電話番号	() -	携帯番号	() -	

- ◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい ・ いいえ
 ◆他の医療機関からの紹介状を持っていますか はい ・ いいえ

※ いつ頃から ()

◆どのような症状がありますか ✓チェックしてください

- () 尿の回数が多い 1日 回(就寝後 回)
 () 尿が漏れる () 排尿時に痛みがある
 () 残尿感がある () 尿が出にくい
 () 尿に血が混じる () 結石
 () 睾丸 腫れ・痛み () ペニス
 () 性病の検査 () 包茎
 () おねしょ () 勃起障害
 () パイプカット () 不妊の相談
 () その他 具体的に書いてください

◆この1年間で健診を受診しましたか はい ・ いいえ

- () 市特定健診及び高齢者健診 () 勤務先等の健診

■健診で異常 ない ・ ある ■指摘事項 ()

◆現在、通院中の医療機関はありますか ない ・ ある

◆現在飲んでいる薬、サプリメントなどはありませんか ない ・ ある

※マイナ保険証利用しない方、薬手帳をお見せ下さい

◆今までに大きな病気をしたことがありますか(手術を含めて) ない ・ ある

(病名 歳 治療内容)

◆アレルギーはありますか ない ・ ある

(薬品名) (食物名)

★女性のみ 現在(月経中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中)

■ 当院をどのように知りましたか？

インターネット・広告・看板・紹介(家族・知人・他医院)・近所・通りがかり・その他 ()

※ 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理解ご協力をお願いします。
 医療情報取得加算(初診時)マイナ保険証利用する：1点 利用しない：3点