

外科(泌尿器疾患) 問診票

フリガナ	M・T・S・H・R	年	月	日生
氏名	()	歳	男	女
〒	職業 ()	身長 (	cm)	／ 体重 (
住所	緊急連絡先(家族・勤務先など)			kg)
ご連絡先	電話 (携帯)	連絡先名	続柄 (	)
	(自宅)			
メールアドレス	@	電話番号		

1. どうなさいましたか

2. いつ頃からですか (年 月 日頃より)

3. 下記の当てはまる症状に○をして下さい(いくつでも)

尿の回数が多い (昼 _____ 回 、 夜 _____ 回)

尿が出にくい	尿が出ない	尿がもれる	排尿時に痛む	残尿感がある
膿が出る	尿に血が混じる	その他 (		)

4. 痛みはありますか

はい (腹部 腰部 背部 その他) ・ いいえ

5. 発熱はありますか はい (度) ・ いいえ

6. 以前に、今回の症状で他の医療機関を受けたことはありますか

はい (病院名) ・ いいえ

7. 現在服用中の薬はありますか

ある (薬名) ・ ない

◇ ある を選んだ方 : ①お薬手帳は本日持ってきていますか (はい ・ いいえ)

②ピルまたは女性ホルモン製剤を内服中ですか (はい ・ いいえ)

8. 今までに重い病気をしたことがありますか

ある (病名) ・ ない

また、現在治療中の病気はありますか

ある () ・ ない

9. アレルギーについて

① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか

ある () ・ ない

② 下記のものでアレルギー症状が出た、またはアレルギー体質といわれたことがありますか

金属 ・ アルコール ・ ラテックス ・ その他 () ・ ない

つづいて裏面のご記入をお願いいたします

10. 喫煙歴はありますか

なし ・ あり (1日 本 × 喫煙年数 年) (現在 ・ 過去)

11. (男性の方のみ) 前立腺肥大または前立腺癌と診断されたことはありますか

はい (病院名) ・ いいえ

12. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか

はい (ヶ月) ・ いいえ

13. 医療行為や日常生活に制限を有する宗教を信仰していますか

はい (制限内容:) ・ いいえ

14. 診察について何かご希望等ございましたら、ご記入ください

()

15. マイナ保険証を使用していますか (はい ・ いいえ)

◇はい の方のみお答えください

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? (はい ・ いいえ)

・この一年間で市の特定健診を受診されましたか? (はい ・ いいえ)

16. 当院をどちらでお知りになりましたか (あてはまる項目に○をしてください)

①前から知っていた ②他院より紹介された(病院名 紹介状: 有 ・ 無)

③ 知人に聞いた ④ インターネットで知った ⑤ ケーブルテレビをみた ⑥ 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協力をお願いいたします。
当院は『電子的診療情報連携体制整備加算』の算定病院です。

ご記入ありがとうございました。

こちらの問診票を受付職員へお渡しください。

※診察前に尿検査がありますので、排尿せずにお待ちください