

# 泌尿器科問診票

記入 年 月 日

フリガナ	( T · S · H · R )	年	月	日	生	
ご氏名	( 才 )					
性別 男 · 女						
ご住所	TEL ( 自宅 )	TEL ( 携帯 )				
ご勤務先	TEL					

1 本日の来院の理由は？

- ・健診結果の相談にきました。 ( 新町クリニックで受けた · 他で受けた )
- ・その他のことと相談にきました。

2 どこの具合が悪いですか？

頻尿 · 残尿感 · 夜間頻尿 · 排尿時痛 · 発熱 その他 ( )  
 ・いつからですか？ ( )

3 家族病歴 (例 がん等)

4 現在治療中の病気はありますか？ ( はい · いいえ )

はいの方 病名は何ですか？ ( )

医療機関名 ( )

お薬は服用していますか？ ( )

\*お薬手帳をお持ちの方はお見せください。

5 これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ ( 入院や手術を要する病気等 )

( )

6 薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？ ( はい · いいえ )

はいの方、何のアレルギーですか？ ( )

7 女性の方へ 最終月経日はいつですか？ 月 日 から 月 日 まで

現在の妊娠 ( している · していない )

8 次の項目にご記入ください

① 身長 cm 体重 kg

② たばこ 吸う · 吸わない

③ アルコール 飲む · 時々飲む · 週に3~4回 · 毎日 · 飲まない

[ ビール ( 本 ) · 焼酎割 ( 杯 ) · 清酒 ( 合 ) · その他 ]

④ 睡眠時間 平均6時間以上 · それ以下

⑤ 1日30分以上の歩行を週3日以上 · それ以下 or 適度な運動をしている · していない

9 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ ( 同意する · 同意しない · マイナ保険証なし )

10 他院からの紹介状はお持ちですか？ ( はい · いいえ )

11 この1年間で健診を受診しましたか？ ( はい · いいえ ) ( 当院 · 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願いいたします。