

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				

- 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)
 - ・その他のことで相談にきました。
- 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？ ()
- 家族病歴 (例 がん等) ()
- 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。
- 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) ()
- 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？ ()
- 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)
- 次の項目にご記入ください
 - 身長 cm 体重 kg
 - たばこ 吸う ・ 吸わない
 - 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]
 - 睡眠時間 平均6時間以上 ・ それ以下
 - 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
- 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)
- 他院からの紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)
- 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お願いいたします。