

問診票(泌尿器科)

「お薬手帳」「紹介状」「他院検査結果」「健診結果」などは事前に窓口で提出してください

記載日	年 月 日	患者 ID			
お名前		性別	男 ・ 女	年齢	歳

◎マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ◎永山腎泌尿器科クリニックに通院されたことはありますか？ はい いいえ

◎他院からの紹介状はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
◎今日はどうされましたか？ 今日、診察を受けたいものに チェック(☑)をつけてください	<input type="checkbox"/> 健診で指摘を受けた(健診結果表： <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない) (項目： <input type="checkbox"/> 尿潜血 <input type="checkbox"/> PSA 高値 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 尿が出ない <input type="checkbox"/> 尿が勢いよく出ない <input type="checkbox"/> 尿がもれる <input type="checkbox"/> 尿をする時に痛い <input type="checkbox"/> 尿に行く回数が増えた <input type="checkbox"/> 残尿感がある <input type="checkbox"/> 尿がにごっている <input type="checkbox"/> 血尿が出る(尿が赤い) <input type="checkbox"/> 結石の痛みがある(背部痛) <input type="checkbox"/> 熱がある()℃ <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い <input type="checkbox"/> 膿が出る <input type="checkbox"/> かゆみがある(部位；) <input type="checkbox"/> ED(勃起不全)(自費診療) <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他()
◎症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () か月前から <input type="checkbox"/> わからない
◎今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 癌()
◎手術をうけたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない
◎現在通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病院・クリニック名()
◎現在内服している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 服用しているが、お薬手帳忘れ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬を服用している (薬名：)
◎アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある 薬() 食べ物() <input type="checkbox"/> ない その他()
◎喫煙：	<input type="checkbox"/> ある(本/日) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前に喫煙(年間)
◎飲酒：	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない
◎女性の方へ	・生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい(日目) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 閉経 ・妊娠中、またその可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・妊娠回数(回) ・出産回数(回) ・帝王切開(回)
◎医師の希望はありますか？	<input type="checkbox"/> ある：医師名() <input type="checkbox"/> ない

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。