

《問診票》

年 月 日

お名前 _____ (才) (男 ・ 女)

(ID : _____)

下記の設問で、該当する箇所には☑チェックをつけて下さい。

- 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
- 紹介状はありますか？ ある ない
- 健診で異常を指摘されましたか？ はい (検査項目 _____) いいえ
↳ 結果持参 あり なし
- 簡易血液検査 (メタロバランス、ワンコイン検診) 結果を受けて あり なし
- 今までにかかったことがある病気はありますか？
 高血圧 腎疾患 ぜんそく 糖尿病 心疾患 その他 (_____)
- 現在内服している薬はありますか？ ある ない
(服用しているが手帳忘れ)
- **以下の症状はありますか？** ある ない
 - 発熱 (_____ 度) 息苦しさ (呼吸困難)
 - 強いだるさ (倦怠感) 味覚や嗅覚の異常
- **比較的軽い風邪の症状 (発熱や咳など) が4日以上続いている** ある ない
- **1週間以内に発熱があった (いつから _____ 度)** ある ない
- **いつ頃からどのような症状でお困りですか？**
(_____) 頃から

泌尿器科受診	内科受診	血管外科受診
<input type="checkbox"/> 尿がでない <input type="checkbox"/> 尿が勢いよくでない <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"/> 尿がもれる <input type="checkbox"/> 尿がにごっている <input type="checkbox"/> 血尿がでる (尿が赤い) <input type="checkbox"/> 残尿感がある <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い <input type="checkbox"/> 膿がでる <input type="checkbox"/> かゆみがある (部位: _____) <input type="checkbox"/> 結石の痛みがある (背部痛) <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 (_____)	<input type="checkbox"/> 風邪の症状がある <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> お腹の症状がある <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胸部の症状がある <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> むくみがある <input type="checkbox"/> 腎臓の働きが悪い <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 足の症状 <input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> シヤント異常 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

- 薬や注射で副作用がでたことはありますか？ ある ない
↳ (薬剤名: _____) 不明
- 現在、妊娠・授乳中ですか？ はい いいえ
- 診察する医師の希望はありますか？ ある (医師名: _____) ない
- 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？ ある ない
- 豊岡内科整形外科クリニックに通院されたことはありますか？ ある ない
- 1か月以内にその他の医療機関に通院又は入院されたことはありますか？
 ある (医療機関名: _____) 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お願いいたします。
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1: 6点 加算2: 2点 (マイナ保険証を利用した場合)