

泌尿器科 問診票

診療日
令和 年 月 日

医師確認欄

氏名() 年齢() 男・女
生年月日:明・大・昭・平 年 月 日

※ 以下の設問に分かる範囲でお答えください。

- マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？
 同意した 同意していない マイナ保険証を利用していない
- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？
 持っている 持っていない
- 健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？
 受けている 受けていない
- 本日はどのような症状でご来院されましたか？
 尿に血が混じる 尿漏れがある 尿が出にくい 排尿時にしみたり、痛む
 残尿感がある 排尿回数が多い(昼 回、夜 回、就寝後 回)
 腰が痛い わき腹が痛い 勃起不全(ED)【会計は自費になります】
 その他()
- その症状はいつからですか？ ()
- 入院した経験はありますか？ 入院された時の病名は何ですか？
あり・なし 病名 ()
- 現在、治療中の病気がありますか？ (例:高血圧・糖尿病など)
あり・なし 病名 ()
- 現在、服用しているお薬がありますか？
あり・なし ※ありの場合、お薬の名前が分かる方はお書きください。お薬手帳を見せて下さい。
()
- 血をサラサラにするお薬を服用していますか？
はい・いいえ ※はいの場合、お薬の名前が分かる方はお書きください。
()
- アレルギーがありますか？ はい・いいえ
- 今までに検査時に使用したお薬で異常を認めた事がありますか？
はい・いいえ ※はいの場合、検査の種類が分かる方はお書きください。
()
- 悪性の病気だった場合、告知を望まれますか？ はい・いいえ
- 女性のみお答えください。
- 1)妊娠中ですか？ はい・いいえ 「はい」の方→ 妊娠週数 週 日
- 2)授乳中ですか？ はい・いいえ 3)月経は順調ですか？ 順調・不順

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。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)