

泌尿器科問診用紙

来院日 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 様 歳 身長/体重(_____ cm/ _____ kg)

携帯電話番号 _____

1. 今日どのような症状がありますか？

(_____)

2. その症状はいつからですか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から

3. 今回の症状のために、他の病院にかかりましたか？ _____ ・受けた ・受けない

病院名 _____
受けた検査 _____
何と言われましたか？ _____

4. 今までに罹った病気についてお伺いします。

・高血圧	ある	ない	・心臓病	ある	ない
・糖尿病	ある	ない	・結核	ある	ない
・気管支喘息	ある	ない	・緑内障	ある	ない
・腎・尿管結石	ある	ない	・膀胱炎	ある	ない
・腎盂腎炎	ある	ない			

・その他の病気 (_____)

5. 今までに入院や手術を受けたことがありますか？ _____ ある _____ ない

ある方は _____ 歳の頃 _____ のため入院・手術
_____ 歳の頃 _____ のため入院・手術

6. 現在飲んでいる薬がありますか？ _____ ある _____ ない

お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。
お持ちでない方は下記にお薬名を記載して下さい

(_____)

どこでもらっていますか？ 病院名 _____

7. お薬、食べ物、その他のアレルギーはありますか？ _____ ある _____ ない

ある方は お薬名(_____)
食べ物・その他(_____)
どのような症状がでましたか(_____)

8. タバコを吸いますか？ 飲酒をしますか？

・吸う _____ 本/日(_____ 歳から) _____ ・吸わない
・吸っていた _____ 歳 ~ _____ 歳まで _____ 本/日

・飲酒する 何を _____ どれくらい _____ ・飲酒しない

9. (女性の方へ) 現在妊娠していますか？授乳中ですか？

妊娠している _____ 週 _____ 妊娠の可能性がある _____ 妊娠していない
授乳している _____ 授乳していない

※裏面の記載もお願いします。□

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

- 1.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
- 2.本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
- 3.現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)
医療機関名 ()
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他 ()
- 4.直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？
受診日() 指摘事項()

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※10～12は必要時、看護師がお尋ねします。

10. 介護認定を受けていますか？ 受けている 受けていない

受けている方 介護度は 要支援() 要介護()

事業所名 _____

ケアマネージャー 氏名/連絡先 _____

訪問看護利用 利用あり 利用なし

11. 緊急時の連絡先

①ご本人との関係() 電話番号()

②ご本人との関係() 電話番号()

12. 同居のご家族はいらっしゃいますか？

いる 配偶者 子() 他()

独居

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。