

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. 今までにかかった病気、治療中の病気はありますか？ ある ない

あてはまる病名に○をして下さい

糖尿病 高血圧 気管支喘息 心臓病 緑内障
腎、尿管結石 腎盂腎炎
その他(_____)

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. ご家族(血縁)にがんの診断を受けた方はいますか？ いる いない
ご関係(_____)
病名 前立腺がん 乳がん 卵巣がん すい臓がん その他(_____)

7. 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

(_____)

8. 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(_____)

9. 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

10. (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。

※11～13は必要時、看護師がお尋ねします。

11. 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

12. 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()

13. 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。