泌尿器科　問診票

氏名	薬・注射による副作用　無・有　薬品名（　　）
	アレルギー　無・有　花粉・食物・金属・その他（　　）
年齢　　才　　男 ・ 女	女性の方のみ□妊娠している　□していない　□不明　□授乳中
身長　　cm　　体重　　Kg	1ヶ月以内に海外に行かれましたか　□いいえ　　□はい

今までに大きな病気をされたことはありますか　□いいえ　□はい（　　）

今までに手術をされたことはありますか　□いいえ　□はい（　　）

現在内服中の薬はありますか　□いいえ　□はい（PL病院・他院）　お薬手帳持参　無　有

タバコ　□吸う　1日平均（　　）本　□吸わない　□禁煙した（　　）年前から

お酒　□飲む 1日に飲む量（　　）（　　）回/週　□飲まない　□禁酒した（　　）年前から

介護保険の申請　なし ・ あり　要支援（ 1 ・ 2 ）　要介護（1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

利き手はどちらですか　右　左

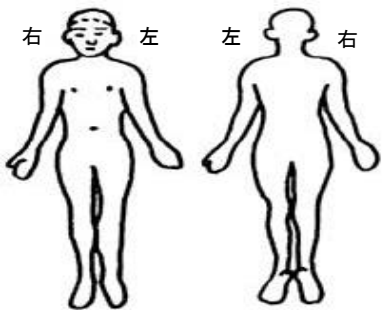
今回の症状で医療機関（病院・診療所）を受診されましたか　□いいえ　□はい

来院理由　※当てはまる項目にチェックを入れてください

1. 紹介状はお持ちですか　□はい　（当院 ・ 他院 ）　□いいえ

2. 本日は、どうされましたか
- □ 血尿　□ 排尿時痛　□ 陰部痛　□ 尿が出ない　□腰部痛
- □ その他（　　）
- □ 健康診断や人間ドックで異常を指摘された
- □ 尿路結石の既往　あり　なし

3. その症状がいつから、どのように具合が悪いか具体的にお書きください



※医療者が記入しますので、記入しないでください

体温　　度　脈拍　　回/分　SPO2　　%　血圧　　/　　mmHg　看護師サイン

（裏面へ続く）

本日マイナ保険証を利用されましたか　はい ・ いいえ はいの方 →「診療情報取得」に同意されましたか　はい ・ いいえ
現在、他の医療機関に通院されていますか　□通院なし □通院中（医療機関　受診日　治療内容　）
この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受けられましたか　（40才以上の方のみ） □いいえ　□はい　＊マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。　加算1：4点　加算2：2点
（加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合）