

## 新患受付 兼 問診票

<b>フリガナ</b> _____	記載日	年	月	日
<b>氏名</b> _____	身長	cm	体重	kg
<b>生年月日</b> 大・昭・平・令 年 月 日	<b>年齢</b>	歳	<b>男・女</b>	
<b>郵便番号</b> _____				
<b>自宅住所</b> _____				
<b>自宅電話</b> _____	<b>携帯電話</b>	—	—	
<b>職場名称</b> _____	<b>職場電話</b>	—	—	
<b>マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？</b> はい ・ いいえ				
<b>当院を選んだ理由は？</b> a. 他医の紹介 b. 知人の紹介 c. インターネット e. その他				

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？○を付けてください。

- |                              |                |
|------------------------------|----------------|
| (1) 尿の回数が多い                  | (2) 尿が漏れる      |
| (3) 尿が我慢できない                 | (4) 残尿感がある     |
| (5) 排尿時又は排尿後に痛みがある           | (6) 赤い尿が出た     |
| (7) 尿道から膿が出る                 | (8) 尿が出づらい     |
| (9) 尿の勢いがない                  | (10) おねしょをする   |
| (11) 性病検査希望                  | (12) 前立腺癌の検査希望 |
| (13) 定期健診（結石・前立腺疾患・その他）      | )              |
| (14) 痛みがある（下腹部・背中・腰・陰嚢部・その他） | )              |
| (15) その他（                    | )              |

2. いつから症状がありますか？ 年 月 日頃から

3. どなたと来院しましたか？ 家族（ ） ・ 施設職員 ・ その他（ ） ・ 本人のみ

4. 現在診察を受けている病気はありますか？ (1) なし (2) あり

- ・ 高血圧                      ・ 糖尿病                      ・ 心臓病                      ・ 緑内障                      ・ 脳疾患
- ・ 喘息                              ・ その他（                      )

5. いつも服用している薬はありますか？ (1) なし (2) あり

- ・ お薬手帳持参（あり ・ なし）                      ・ お薬内容

6. 今までに入院や手術を受けたことはありますか？ (1) なし (2) あり

- ・ 年齢 歳 病名（                      ) 病院名（                      )
- ・ 年齢 歳 病名（                      ) 病院名（                      )

7. 薬剤にアレルギーはありますか？ (1) なし (2) あり

薬剤名    アレルギーの症状

8. 一週間以内にバリウムの検査を受けましたか？ (1) いいえ (2) はい

9. (女性のみ) 妊娠の可能性はありますか？ (1) なし (2) あり

授乳中ですか？ (1) いいえ (2) はい

出産予定日
年 月 日

- ・ 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。