

泌尿器科 問診表

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	男 女	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	(歳)
住所	〒 アパート・マンション名 号室			
自宅電話番号			携帯電話番号	

1. 今日はどのような症状で病院に来られましたか？

いつから：

どのような症状がありますか？

下記で来院の方は、チェックをお願いします。

☐ 薬処方のみ希望です。(睡眠剤 ・ その他：)

☐ 陰のう水腫(陰のうに水がたまっているので、ぬいて欲しい)

☐ 前立腺炎で定期通院中です。

☐ 二次検診です。(PSA高値 ・ 検尿で潜血(+) ・ その他：)
検診結果 持参(あり ・ なし)

2. 特に希望される検査があれば書いてください。

食事 (している ・ していない)

3. 今まで治療を受けたことがある病気があれば書いてください。

4. 現在、飲んでいる薬があれば書いてください。

5. 薬疹が出たり、体に合わない薬はありますか？

(ある ・ ない)

ある場合はその薬の名前：

6. 女性の方のみ 現在妊娠していますか？ はい いいえ わからない

マイナンバーカードの健康保険証(マイナ保険証)に関する問診票

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。

◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

1. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか? 【はい・いいえ】

「はい」とお答えの方は、2の質問は回答不要です。

2. この1年間で特定健診(メタボ健診)または自治体健診を受診しましたか? 【はい・いいえ】

「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことをお教えてください。

3. ほかの医療機関からの紹介状は持っておられますか? 【はい・いいえ】

以下の項目は、通常の問診票にお答えいただければ記載は不要です。

4. 現在、ほかの医療機関に通院しておられますか? 【はい・いいえ】

「はい」とお答えの方、医療機関、受診開始日、治療内容をお教えてください。

(お薬手帳をご持参でしたら、ご提示ください。)