

泌尿器科問診票

【名前 _____】 記入日； _____ 年 _____ 月 _____ 日

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期：_____年_____月 指摘事項：_____）

いいえ

- 1 どのような症状でいらっしゃいましたか？該当する項目にチェックを付けて下さい。

本日の受診理由

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 尿の回数がいつもより多い | <input type="checkbox"/> 血尿がでる |
| <input type="checkbox"/> 夜間の尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 腰部痛・背部痛がある |
| <input type="checkbox"/> 残尿感がある | <input type="checkbox"/> 尿に膿（うみ）が混じる |
| <input type="checkbox"/> 尿の勢いがない | <input type="checkbox"/> 尿が濁っている |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる <input type="checkbox"/> トイレが間に合わない |
| <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある | <input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> 包茎 <input type="checkbox"/> 夜尿症 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断の二次検査（尿潜血±・・・2+・3+・尿蛋白 PSA高値 ） | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |

◆ 上記の症状はいつからですか？ 年 月 日 頃から

◆ 上記の症状で他の病院に行きましたか？ はい いいえ
いつ（ _____ ）どこに（ _____ ）
内容（ _____ ）

- 2 定期的に診察を受けている疾患はありますか？どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある（ _____ ）

- ◆ いつも服用されているお薬はありますか？

*お薬手帳を持参の方は問診表と一緒に提出して下さい。

ない ある（内容： _____ ）

- ◆ 血がとまりにくくなる薬を服用されてますか？（バイアスピリン・ワーファリンなど）

ない ある（内容： _____ ）

→裏面もあります

3 今までに入院したことや、手術を受けられたことはありますか？また何歳頃ですか？

ない ある { }

4 アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど）

ない ある（ ）

5 生活習慣についておたずねします

◆タバコ 吸わない 吸う（一日 本 年間 やめた 年前）

◆アルコール 飲まない 飲む ①種類（ ）を

②毎日・週に数回・月に数回・付き合い程度で

③量は _____ くらい

6 女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠の可能性はありますか？（ある ない わからない） 最終月経： 月 日

現在、授乳中（ はい : 産後 年 か月）

現在、ピル・女性ホルモンを服用されていますか？（はい：内容 _____）

7 社会資源（訪問看護・通所リハビリ・短期入院サービス・デイサービス・ヘルパ-など）の利用がある場合

利用： ない ある（利用内容： _____）

在宅療養手帳： ない ある

介護認定度：（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ）

ケアマネージャー（ ） 施設（ ）

かかりつけ医（ ）

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致します。

◆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）

（再診時）加算3 2点 加算4 1点（マイナ保険証を利用した場合）