

# 泌尿器科 診療申込書 兼 問診票

原村医院

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

ふりがな		男・女	生年	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令
お名前			月日	年	月	日	( ) 歳
ご住所	〒		電話	自宅	( )		
			番号	携帯	( )		

マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

はい  いいえ

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。

**尿検査を行う場合がありますので、排尿せずにお待ちください。  
トイレに行きたい場合は看護師までお知らせください。**

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまるものに○をつけてください。

- 尿が出にくい                       尿が残った感じがする                       寝ていてトイレに起きる ( \_\_\_\_\_ 回)
- 尿が出るときに痛みがある                       尿が漏れる                       熱がある ( \_\_\_\_\_ °C)
- 尿の回数が多い                       尿に血が混じる                       陰部 ( かゆみ ・ 痛み ・ 膿が出る )
- ED相談希望                       ( 脇腹 ・ 背中 ・ おなか ・ 腰 ) に痛みがある

上記の症状はいつごろからですか？ [ \_\_\_\_\_ ] ごろから

2. 1年以内に健診（特定健診または高齢者検診のみ）を受診しましたか？  いいえ                       はい

3. 今まで手術を受けたことがありましたら、その時期と手術名を教えてください。

\_\_\_\_\_ 歳ごろ                      \_\_\_\_\_ 歳ごろ

4. 現在内服している薬がありましたら教えてください。（お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。）

薬の名前が不明な場合は、“高血圧の薬”、“糖尿病の薬”というような書き方でも構いません。

また、そのお薬を処方している医療機関名を教えてください。⇒ [ \_\_\_\_\_ ] 病院 ・ クリニック

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. 3親等以内のご家族（両親、兄弟・姉妹、祖父母、叔父・叔母、など）の中で、“がん”にかかられた方がいましたら、その方の続柄と病名を教えてください。

続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_                      続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_                      続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

6. お酒、たばこをのまれるようでしたら、量や本数を教えてください。

アルコール      種類 \_\_\_\_\_

たばこ                      \_\_\_\_\_ 本/日

量 \_\_\_\_\_ /日                      \_\_\_\_\_ 日/週

\_\_\_\_\_ 年

7. アレルギーのある食べ物や薬がありましたら教えてください。

ない                       ある [ \_\_\_\_\_ ]

8. 女性の方のみお答えください。                      ・現在妊娠していますか？                       いいえ                       はい ( \_\_\_\_\_ ) 週

・現在授乳中ですか？                       いいえ                       はい