

_____年 _____月 _____日 【マイナ保険証による情報取得に同意しますか】 同意する

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

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
 - 尿が出るときに痛みがある
 - 尿の回数が多い
 - ED相談希望
 - 性感染症の検査希望
 - 尿が残った感じがする
 - 尿が漏れる
 - 尿に血が混じる
 - (脇腹 ・ 背中 ・ おなか ・ 腰) に痛みがある
 - 寝ていてトイレに起きる (_____ 回)
 - 熱がある (_____ ℃)
 - 陰部 (かゆみ ・ 痛み ・ 膿が出る)
2. 上記の症状はいつごろからですか？ [_____]

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、又、現在通院している医療機関がありましたら教えてください
薬の名前が不明な場合は、高血圧・糖尿病の薬、というような書き方でも構いません。

_____ 通院医療機関名【 _____ 】

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 _____

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 _____ 量 _____ /日 _____ 日/週

たばこ _____ 本/日 _____ 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。

[_____]

8. 女性の方にお聞きます。妊娠の有無を教えてください。(している ・ 可能性がある ・ していない)

9 この1年間で健診(特定健診・後期高齢者検診に限る)を受診しましたか。

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。