

よつかいどう泌尿器科クリニック ～初診時間診票～

| | | | |
|--------|-------------------------|---------------|---------|
| フリガナ | 診察券番号： | | |
| 氏名 | 生年月日（昭和・平成・令和） 年 月 日 | | |
| 住所 〒 - | 年齢 | 性別 （男 ・ 女） | |
| TEL | 身長 cm | 体重 kg | 体温 ℃ |

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
 マイナ保険証提示なしの場合 4点
 マイナ保険証提示ありの場合 2点

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 する しない
- ・紹介状はありますか あり なし
- ・現在の症状

泌尿器の症状がありますか？

あり→具体的な症状・経過をお書きください。排尿症状（尿が近い、出にくい、もれる等）がある場合は、2枚目の“排尿アンケート”の記載もお願いします。

なし→今日はどうされましたか？

今までかかった病気

- なし
- あり→病名、かかったときの年齢をお書きください。
- 高血圧（ 歳） 糖尿病（ 歳） 脂質異常症（ 歳） 喘息（ 歳） 緑内障（ 歳）
- 脳梗塞（ 歳） 心筋梗塞（ 歳） 癌（ ）（ 歳）
- その他の病気 _____

・ 現在、飲んでいる薬

※マイナ保険証提示の方は1ヶ月以内に新しい処方があれば記載不要です。

- なし
- あり→お薬手帳を持参 している（受付にお出し下さい）
していない→薬剤名をお書きください

・この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか。
※マイナ保険証提示の方は記載不要です。
受診時期は 今年・去年・() 年前・受けていない

・ 今まで行った手術

なし

あり→手術内容、行ったときの年齢をお書きください。

・ アレルギー

なし

あり→アレルギーの原因（食物名、薬剤名等）をお書きください。

・ 家族（血縁のある方）で“がん”になった人

いない

いる→（乳がん、胃がん等）になったかをお書きください。

父（ _____ ）

母（ _____ ）

兄弟、姉妹（ _____ ）

・ 喫煙歴 なし あり

・ やめた→やめるまでの間、1日の本数、喫煙年数をお書きください。

・ _____ 本/日（ _____ 年間）

・ 現在喫煙中→1日の本数、喫煙年数をお書きください。

・ _____ 本/日（ _____ 年間）

・ 飲酒習慣 なし

・ あり→ _____ mL/日 _____ 回/週

当てはまるものに  をつけてください。

ビール ・ チューハイ ・ ハイボール ・ 日本酒 ・ ワイン ・ その他（ _____ ）

・ **（女性の方のみ）** 現在、妊娠している可能性 なし あり

・ 当院をお知りになったきっかけ・・・ホームページ/通りがかり/他医からの紹介/看板/知人からの紹介/チラシ/その他（ _____ ）