

問診票

円滑な診療を受けていただくために、わかる範囲内で具体的にご記入ください。

ふりがな

氏名 様 (男性・女性)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)

ご住所 (〒 -)

ご連絡先 (日中連絡のとれる電話番号) (- -)

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。情報を取得・活用するため、マイナ保険証(オンライン資格確認)の利用にご協力をお願いいたします。

オンライン資格確認による情報提供に同意しますか? する ・ しない

1. 今日どのようなことで受診されましたか?

受診したい科に○をしてください。 泌尿器科 ・ 内科

()

2. 今までにかかった病気がありましたら、ご記入ください。

①病名 (歳頃) ②病名 (歳頃)

3. 現在治療中の病気がありましたら、ご記入ください。

いいえ・はい (病名 お薬 医療機関)
(病名 お薬 医療機関)

4. お薬・注射・食べ物などのアレルギーはありますか?

いいえ・はい ()

5. 次の質問にお答えください。

①身長 _____ cm 体重 _____ kg

②お酒 飲まない・ときどき飲む・毎日飲む

③タバコ 吸わない・吸う・やめた

④食欲 良好・普通・不良

⑤睡眠 良好・普通・不眠

⑥便秘 普通・下痢・便秘

⑦生理中ですか (女性の方のみ) いいえ・はい ※血尿の正確な診断に必要となります

⑧妊娠の可能性 (女性の方のみ) なし・あり

6. 当院をどのようにして知りましたか。

インターネット ・ チラシ ・ 看板 ・ 知人や家族からの紹介
他院からの紹介 () ・ その他 ()