

新患受付 兼 問診票

フリガナ _____	記載日	年	月	日
氏名 _____	身長	cm	体重	kg
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳	男・女	
郵便番号 _____				
自宅住所 _____				
自宅電話 _____	携帯電話	_____	_____	
職場名称 _____	職場電話	_____	_____	
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？		はい ・ いいえ		
当院を選んだ理由は？ a. 他医の紹介 b. 知人の紹介 c. インターネット e. その他				

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？○を付けてください。

- | | |
|------------------------------|----------------|
| (1) 尿の回数が多い | (2) 尿が漏れる |
| (3) 尿が我慢できない | (4) 残尿感がある |
| (5) 排尿時又は排尿後に痛みがある | (6) 赤い尿が出た |
| (7) 尿道から膿が出る | (8) 尿が出づらい |
| (9) 尿の勢いが弱い | (10) おねしょをする |
| (11) 性病検査希望 | (12) 前立腺癌の検査希望 |
| (13) 定期健診（結石・前立腺疾患・その他） |) |
| (14) 痛みがある（下腹部・背中・腰・陰嚢部・その他） |) |
| (15) その他（ |) |

2. いつから症状がありますか？ 年 月 日頃から

3. どなたと来院しましたか？ 家族（ ） ・ 施設職員 ・ その他（ ） ・ 本人のみ

4. 現在診察を受けている病気はありますか？ (1) なし (2) あり

・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 緑内障 ・ 脳疾患

・ 喘息 ・ その他（ ）

5. いつも服用している薬はありますか？ (1) なし (2) あり

・ お薬手帳持参（あり・なし） ・ お薬内容

6. 今までに入院や手術を受けたことはありますか？ (1) なし (2) あり

・ 年齢 歳 病名（ ） 病院名（ ）

・ 年齢 歳 病名（ ） 病院名（ ）

7. 薬剤にアレルギーはありますか？ (1) なし (2) あり

 薬剤名 アレルギーの症状

8. 一週間以内にバリウムの検査を受けましたか？ (1) いいえ (2) はい

9. （女性のみ）生理中ですか？ (1) いいえ (2) はい

 妊娠の可能性はありますか？ (1) なし (2) あり

 授乳中ですか？ (1) いいえ (2) はい

出産予定日
年 月 日

- ・ 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いたします。