

《問診票》

お名前 _____ (才) (男・女)
(ID : _____)

該当する箇所に☑チェックをつけて下さい。

1. 紹介状はありますか？ ある ない

2. 来院の目的は何ですか？ (困っている、つらいこと)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い | <input type="checkbox"/> 血尿がでる |
| <input type="checkbox"/> 尿が出ない | <input type="checkbox"/> 尿をする時に痛い |
| <input type="checkbox"/> 尿に行く回数が増えた | <input type="checkbox"/> 残尿感がある |
| <input type="checkbox"/> 尿がもれる | <input type="checkbox"/> 尿道口から膿 (うみ) が出る |
| <input type="checkbox"/> 下腹部の痛み・不快感 | <input type="checkbox"/> 性感染症の検査・治療 |
| <input type="checkbox"/> 結石の痛みがある (背部痛) | <input type="checkbox"/> E D (勃起障害) |
| <input type="checkbox"/> 睾丸 (こうがん) が痛い・腫れている | <input type="checkbox"/> 陰茎の痛み・かゆみがある |
| <input type="checkbox"/> 定期検査 | <input type="checkbox"/> 健診で異常がある |
- ※健診の結果用紙をお持ちでしたら、お出しください。
- その他 [_____]

3. 症状はいつからですか？

[_____]

4. 今までにかかったことがある病気はありますか？

- 高血圧 腎疾患 糖尿病 心疾患 気管支喘息
緑内障 脳血管疾患 婦人科疾患 尿路結石
その他 [_____]

5. 現在内服している薬はありますか？ (お薬手帳を出してください。)

ある ない

6. 薬や注射で副作用がでたことはありますか？

ある ない

7. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠・授乳中ですか？

はい いいえ

8. 現在通院している病院はありますか？

[_____]

9. マイナ保険証をご利用の方は、マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

- はい いいえ マイナ保険証を利用していない

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お願いいたします。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算 1 : 3 点 加算 2 : 1 点 (マイナ保険証を利用した場合)