

受診問診票

フリガナ 氏名	生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日	性別 男・女
------------	--	-----------

電話番号（自宅）	（携帯）
----------	------

住所 〒

身長 _____ cm	体重 _____ kg	喫煙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	飲酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------	-------------	--	--

◆服用中のお薬 有 ・ 無	◆紹介状 有 ・ 無	◆妊娠 有 ・ 無	◆海外渡航歴 有 ・ 無
------------------	---------------	--------------	-----------------

泌尿器科

<input type="checkbox"/> 頻尿・残尿感	<input type="checkbox"/> 排尿困難・排尿痛	<input type="checkbox"/> 男性更年期障害
<input type="checkbox"/> 血尿	<input type="checkbox"/> 下腹部が痛い・不快	<input type="checkbox"/> ED（勃起不全症）
<input type="checkbox"/> 排尿困難・排尿痛	<input type="checkbox"/> 陰部痛・違和感	<input type="checkbox"/> 性行為感染症
<input type="checkbox"/> 尿路結石・腰痛	<input type="checkbox"/> その他	

内科

<input type="checkbox"/> 風邪症状（発熱 _____ °C・咳・鼻水）	<input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病・高脂血症
<input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛・嘔吐・吐き気	<input type="checkbox"/> 不眠・疲労・不安感・うつ症状
<input type="checkbox"/> 下痢・便秘・血便	<input type="checkbox"/> 胸痛・息苦しい
<input type="checkbox"/> がんが気になる	<input type="checkbox"/> 健康診断で再検査になった
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

■ 薬や注射のアレルギーはありますか？
無 ・ 有（ _____ ）

■ 今までにかかった大きな病気や手術・現在治療中の病気はありますか？
（ _____ ）

■ 当クリニックのことを何でお知りになりましたか？（ _____ ）

* マイナ保険証や従来の保険証を用いてオンライン保険情報取得に同意しますか？
（ _____ 同意する _____ ・ _____ 同意しない _____ ）

* 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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

* マイナ保険証を利用した場合、（初診時）加算②2点。
従来の保険証の場合、（初診時）加算①4点

* 新型コロナウイルス感染症などの法定疾患について、住所や電話番号等個人情報は保健所への報告が義務付けられています。また、個人情報保護法の施行に伴い、ねぎし泌尿器科・内科では職員及び関係者にこれを周知徹底し、適切な個人情報の管理と保護に努めます。