

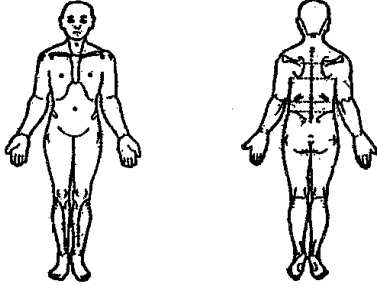
## 泌尿器科 問診表

**検尿が必要な場合があります。お手洗いにいきたい方はお知らせください。**

記入日      年    月    日

お名前

様                      性別   男 ・ 女                      年齢      歳

本日、 受診された症状について	内容  発症時期	◆マイナ保険証による診療情報取得に 同意 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 持っていない
これまでに入院や手術を 要する病気等にかかった ことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 医療機関名 時期: 病名: 治療内容:	◆他の医療機関からの紹介状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある  ◆現在、他の医療機関に通院していま すか <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
痛いところや症状が ある場所を右の絵に ○を付けて下さい		医療機関名 受診日 治療内容  ◆40歳以上の方、この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る)を受 診したことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
現在処方されている薬が ありますか？	薬剤名:  投薬期間:	受診時期 指摘事項等
お酒を飲まれますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 毎日    回/週    月 種類	看護師記入欄
喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
タバコを吸われますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日    本    年間)	
アレルギーを起こした事が ありますか？	薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:                      症状:                      ) 食物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:                      症状:                      ) 金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:                      症状:                      ) ゴム製品 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:                      症状:                      ) その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:                      症状:                      )	
女性の方へ 現在、妊娠中 または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    妊娠    週 <input type="checkbox"/> 授乳中	

看護師サイン(                      )

◆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。

改訂 2022.11