

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな.....

氏名: \_\_\_\_\_ 男性・女性

生年月日: 西暦・大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

電話番号: (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

郵便番号: \_\_\_\_\_ 住所: \_\_\_\_\_

◆どのような症状で来院されましたか？いつからどのような症状があるかをご記入をお願いします

紹介状あり

※ほとんどの方は診察前に尿検査をお願いしますので尿をしなくてお待ちください

◆今までにかかった、もしくは通院治療中の病気はありますか？

なし

あり  喘息  緑内障  高血圧  糖尿病  心臓病  脳卒中  尿管結石

その他 病名: \_\_\_\_\_

◆健診は受けられていますか？  はい  いいえ

◆現在飲んでいるお薬はありますか？

なし

あり  お薬手帳持参 薬品名: \_\_\_\_\_

◆お薬のアレルギーはありますか？

なし

あり 具体的に: \_\_\_\_\_

◆女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？  あり  なし

授乳はしていますか？  はい  いいえ

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務めています。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します。マイナ保険証で受付の方へ 診療情報取得に同意しましたか？  はい  いいえ

ご記入ありがとうございました

横浜いずみ泌尿器科