

泌尿器科 問診票

氏名（フリガナ）： （漢字）：	性別： 男 ・ 女 ・ その他	年齢： 歳
	生年月日： 年 月 日	
職業：	身長： cm	体重： kg
住所： 〒	電話：	

◎マイナ保険証による診療情報提供取得に同意されますか？ はい ・ いいえ

◎他の医療機関からの紹介状をお持ちでしょうか？ はい ・ いいえ

◎本日はどうされましたか？

①どのような症状がありますか？ 当てはまるものすべてに○をつけてください。

<尿の症状>

- | | | | |
|------------|---------------|-----------|----------|
| ・尿が近い | ・尿の回数が多い（昼・夜） | ・尿がでにくい | ・尿の勢いが弱い |
| ・尿が残っている感じ | ・尿がもれる | ・急な尿意がある | ・尿に血がまざる |
| ・尿をするとき痛い | ・尿道からうみがでる | ・夜尿症、おねしょ | |

<その他の症状>

- | | | | |
|----------------|---------|------------------|--------|
| ・腰が痛い | ・おなかが痛い | ・熱がある（ 度） | ・体がだるい |
| ・陰のう（睾丸）がはれている | ・陰部が痛い | ・陰茎（おちんちん）がはれている | |
| ・陰のう内に睾丸がふれない | ・性病が心配 | ・精液に血がまざる | |

<健康診断などの異常>

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| ・停留精巣といわれた | ・PSAが高い |
| ・尿検査の異常（尿潜血、尿たんぱく、その他） | ・超音波検査の異常（水腎症、結石、腫瘍、その他） |

<その他の相談>

- | | | | |
|------------------------|--------|---------|-----------|
| ・ブライダルチェック | ・性器の相談 | ・性機能の相談 | ・男性更年期が心配 |
| ・他院からの紹介（医療機関名： _____） | | | |
| ・その他（ _____ ） | | | |

②その症状はいつからありますか？ （ _____ 頃）

③その症状は現在治療中ですか？ いいえ ・ はい（医療機関名 _____）

◎今までにかかった病気はありますか？ ない ・ ある

病名（ _____ ）

手術（いつ頃： _____ 、手術名： _____ ）

◎現在のんでいる薬はありますか？ ない ・ ある

くすりの名前（ _____ ）

※おくすり手帳をお持ちの方はお見せください

◎のみ薬や注射、食べ物などで合わなかったことがありますか？ ない ・ ある

合わなかったお薬などの名前（ _____ ）

◎【女性の方のみ】現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい

現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

当院はオンライン資格確認を行う体制を有しており、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

初診時	医療情報取得加算（マイナ保険証の提示に有無に関わらず）	1点
再診時	医療情報取得加算（マイナ保険証の提示に有無に関わらず）	1点（3か月に1回）