

( 年 月 日 )

# 【問診票】

すずか泌尿器科・腎クリニック

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

住所：〒 \_\_\_\_\_

日中つながる携帯番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

お名前でも呼んでも宜しいですか？ **はい いいえ** (‘いいえ’ に○をした方は番号でお呼びします。)

当院は患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

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。

マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？ **はい いいえ**

1 今日どのような症状で来院されましたか？ ( ○で囲んでください。 )

【**検診結果で指摘された**】 (検診結果をお出してください)

尿潜血 尿蛋白 PSA その他 ( )

【**症状**】

熱がある ( °C) 目で見て尿に血が混ざる

排尿に勢いが無い 時間がかかる 尿が出ない 残尿感がある

トイレが近い(頻尿) 尿が漏れる 夜間頻尿

精液に血が混じる 排尿時の痛みがある 尿道から膿が出る パートナーが性病 睾丸が痛い

陰部のできもの・かゆみ・湿疹 夜尿症 男性更年期

その他 ( )

【**自費診療**】

勃起不全 (ED) 自覚症状のない性病検査 安心パック ビタミン注射

2 それはいつ頃からですか？

今日 昨日 2~3 日前 1 週間前 それ以上 ( )

3 今までかかった病気はありますか？ **はい いいえ**

( 病名 : \_\_\_\_\_ )

4 現在、飲んでいる薬はありますか？ **はい いいえ**

( 飲んでいる薬 : \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳をご持参の方はご提示ください。

5 今までに、薬・注射・食べ物でアレルギーが出たことはありますか？ **はい いいえ**

( )

6 家族が病気をなされた方がいれば教えてください。 例：糖尿病 (母) 前立腺癌 (父)

( )

7 妊娠の可能性： あり なし 妊娠中 ( 月 ) 授乳中：はい いいえ