問 診 票

年　　月　　日

氏名	フリガナ　　男 女	生年月日	昭・平・令　年　月　日（　）歳
住所	〒　－	電話番号	

◆◆いただいた個人情報は、プライバシーの観点から厳重に管理致します。

本日はいずれかをご持参されましたか	□健康保険証　□マイナンバーカードの保険証
マイナンバーカードの保険証で受診された方へ あなたの診療情報（服薬歴、健康歴など）を 当院が取得することに同意されましたか	□同意していない　□同意した
本日、受診された理由を教えて下さい	体温（　℃）　いつから（　） □尿が出にくい □尿の回数が多い（日中　回、寝てから起きるまで　回） □排尿時に痛みがある □尿が残った感じがする □下腹部に不快感がある □尿が漏れる（我慢できずに ・ くしゃみや咳で ・ 気づかないうちに） □尿に血が混じる　□熱が出た（　℃）　□性感染症について □男性機能（勃起障害・男性更年期障害・男性型脱毛症）について □性器の異常（陰茎・陰嚢・精巣の赤み・痛み・かゆみ） □夜尿症（お子様のおねしょ）について □健診・人間ドッグでの検査所見異常について □側腹部（右・左）に痛みがある　□下腹部（右・左）に痛みがある □ブライダルチェックをご希望　□その他（　）
現在及び過去にかかった病気はありますか	□ない □高血圧　□脂質異常症（高脂血症）　□糖尿病　□高尿酸血症 □狭心症／心筋梗塞　□脳卒中（脳梗塞や脳出血など）　□腎臓の病気 □喘息　□肺炎　□結核 □悪性腫瘍：どこの部位のがんですか？（　） □手術歴：いつ頃、どのような手術を受けましたか？ （　） □その他（　） →現在治療を受けていますか？　□受けている　□受けていない
現在飲んでいるお薬はありますか	□ある　□なし　※お薬情報や診療情報提供書を お持ちの方は診察前に受付にお渡しください
ご家族で大きな病気にかかられた方は いらっしゃいますか	□いる（病名：　）　□いない
お薬や食べ物等にアレルギーはありますか	□ある （お薬：　食べ物：　その他：　） □なし
タバコは吸いますか	□吸わない　□吸う（　本／日）（　年間吸っている）
お酒は飲みますか	□飲まない　□飲む（量：　種類：　）
（女性の方のみ） 現在妊娠している可能性はありますか	□いいえ　□はい　（妊娠　ヶ月　）
診療に対するご要望があればお書きください	

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

城東鶴見腎・泌尿器科クリニック