

# 泌尿器科用診察申込書

(初めての方・しばらく受診されなかった方は当用紙にご記入下さい)

ご記入後、保険証を添えて受付にお出し下さい。

申込日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

(保険証のコピーをとらせて頂くことについて... 1 同意します 2 同意しません)

フリガナ		男・女	大・昭・平・令・西暦		
氏名			年	月	日(生 歳)
住所	〒 _____	自宅電話 ( _____ )	_____	_____	_____
		携帯電話 ( _____ )	_____	_____	_____
保険	1 社保(本人) 2 社保(家族) 3 国保 4 生保 5 自賠				
	6 自費 7 労災(会社名		電話	-	-

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

Q1 いつ頃から、どのような症状がありますか。(いつから、どのような症状か、できるだけ詳しくお願い致します。)

-----  
-----  
-----

Q2 現在、お薬をのんでいますか。 (はい ・ いいえ)

Q3 現在、他の病院でもらっているお薬はありますか。 (はい ・ いいえ)

Q4 今まで薬・注射などで発疹やかゆみがかたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

Q5 尿の状態はどうか(回数)。 1日のうち 昼間( )回 就寝後( )回

Q6 尿は出にくいですか。 (はい ・ いいえ)

Q7 排尿時、痛みはありますか。 (はい ・ いいえ)

Q8 残尿感がありますか。 (はい ・ いいえ)

Q9 飲酒の習慣はありますか。 (はい1日 \_\_\_\_\_ ml ・ いいえ)

Q10 喫煙の習慣はありますか。 (はい1日 \_\_\_\_\_ 本 ・ いいえ)

Q11 現在、治療中の病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

病名： \_\_\_\_\_

Q12 今までに、次のような病気にかかったことがありますか。

- ① 心臓病 \_\_\_\_\_ (はい ・ いいえ)
  - ② 腎臓病 \_\_\_\_\_ (はい ・ いいえ)
  - ③ 糖尿病 \_\_\_\_\_ (はい ・ いいえ)
  - ④ 高血圧 \_\_\_\_\_ (はい ・ いいえ)
  - ⑤ 緑内障 \_\_\_\_\_ (はい ・ いいえ)
  - ⑥ 手術をしたことがありますか。 (はい ↓ ・ いいえ)
- ( ) 歳のとき、( ) の手術  
( ) 歳のとき、( ) の手術  
( ) 歳のとき、( ) の手術

<女性の方のみ記入してください>

Q13 ① 現在妊娠していますか。 (はい妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 ・ いいえ)

② 尿失禁がありますか。 (はい ・ いいえ)

- I. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。  
a) ない b) ある (医療機関名等： )
- II. マイナ保険証 (保険証と紐付けされたマイナンバーカード) はお持ちですか。  
a) ない b) ある
- III. 保険証の情報取得 (限度額含む) について ( 1 同意します 2 同意しません)
- IV. この1年間で健診を受診されましたか。  
a) ない b) ある (受診時期： 指摘事項等： )

当院は、マイナ保険証の利用や診察申込書等を通じて、患者さんの情報を取得・活用しております。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致します。