

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: ー 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いでお待ちください

◆現在他院で処方されているお薬はありますか？ ☐ なし

☐ お薬手帳持参 薬品名:

◆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

☐ 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:

◆お薬のアレルギーはありますか？ ☐ なし

具体的に:

◆勤務先や市区町村の健康診断は受けられていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

◆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