

# 問診票

ID:
令和 年 月 日

ふりがな			
氏名	男性・女性		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 ( 歳 )
現住所	〒	—	
	府・県	市・郡	区・町
電話番号	自宅 ( )	—	携帯 ( ) —

問診した内容は、診察や検査の参考にさせていただきます。出来るだけ詳しく書いて下さい

- 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか いいえ・はい
  - マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)を利用されますか いいえ・はい
  - 2-1. 「はい」と答えられた方：情報取得に同意されますか いいえ・はい
  - どのような症状で来院されましたか (あてはまる症状を○で囲ってください)
    - ・尿が出にくい
    - ・残尿感がある
    - ・腰部・背部痛がある
    - ・尿に血液が混ざっている(血尿)
    - ・尿が漏れる
    - ・トイレが間に合わない
    - ・排尿時に痛みがある
    - ・尿の回数が多い(昼間 回くらい、夜間 回くらい)
    - ・男性機能低下(ED)相談
    - ・その他
  - 症状はいつからですか \_\_\_\_\_
  - 上記の症状で他の病院を受診されましたか いいえ・はい
  - 5-1. どのような説明を受けましたか \_\_\_\_\_
  - 5-2. お薬はありましたか \_\_\_\_\_
  - ご相談されたいことがあればお書きください
- 
- 今までにかかった病気、手術や入院をされた経験、現在通院中の病院はありますか いいえ・はい
  - 7-1. 詳しく教えてください ※緑内障、便秘症、高血圧など泌尿器科以外の病気もご記入ください。分かる書き方で結構です  
歳、 年、 年前、  
歳、 年、 年前、  
歳、 年、 年前、  
歳、 年、 年前、  
歳、 年、 年前、
- 
- 現在、何かお薬を飲まれていますか いいえ・はい → お薬手帳 なし・あり
  - 8-1. お薬名をご記入ください。  
\_\_\_\_\_
- 
- 今までにお薬や食べ物でアレルギー症状(ジンマシンやゼンソクなど)が出たことはありますか  
いいえ・はい → 薬品: \_\_\_\_\_、食べ物: \_\_\_\_\_、症状: \_\_\_\_\_
  - この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか  
いいえ・はい → 受診時期、指摘事項など  
\_\_\_\_\_
- 
- 女性の方のみお答えください
  - 11-1. 現在、妊娠の可能性はありますか いいえ・はい・不明 11-2. 授乳中ですか いいえ・はい