

問 診 票

こいだ腎泌尿器科クリニック

(フリガナ)

来院日 年 月 日

お名前

(男 ・ 女)

歳 身長:

cm

体重:

kg

住所 〒

生年月日
T ・ M S ・ H ・ R 年 月 日

(TEL) - -

◎マイナ保険証による診療情報提供、情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

・本日はどのような症状で来院されましたか？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> 陰部に何か触れる又はできている |
| <input type="checkbox"/> 尿漏れ | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 性感染症疑い |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い | <input type="checkbox"/> 男性更年期障害(LOH症候群) |
| <input type="checkbox"/> 尿の切れ、勢いが悪い | <input type="checkbox"/> ED(勃起不全・勃起障害) |
| <input type="checkbox"/> 尿路(腎・尿管・膀胱)結石 | <input type="checkbox"/> AGA(男性型脱毛症) |
| <input type="checkbox"/> 健診等で指摘された | <input type="checkbox"/> 精液検査 |
| <input type="checkbox"/> 他院より紹介 | <input type="checkbox"/> 美容点滴・注射 |
| | ・にんにく点滴 ・ビタミン点滴 |
| | ・プラセンタ ・白玉点滴 |

その他 []

・上記の症状はいつ頃からありますか。

[]

・すでに上記の症状で他院にて治療を受けていますか。

いいえ

はい

治療内容

[]

・薬、注射、食べ物によるアレルギーはありますか。

いいえ

はい

薬・食べ物の名前

[]

・今までに手術や病気をされたことがありますか。

いいえ

はい

「はい」の方は下記へ内容をご記入下さい

病名	時期	治療内容と薬の名前
<input type="checkbox"/> 高血圧		
<input type="checkbox"/> 脳出血、脳梗塞		
<input type="checkbox"/> 糖尿病		
<input type="checkbox"/> 心疾患(不整脈を含む)		
<input type="checkbox"/> その他 []		

◎ 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ます

マイナ保険証を利用した場合

2点

/

マイナ保険証を利用しない場合

4点