問　診　票

年　　月　　日

[ID　　]　（泌尿器科）

ふりがな 氏　名	（男・女）	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日	年齢	歳
住　所	〒　　－ 前回の受診からの変更（有・無）				
電　話	自宅　（　　）　本人携帯　（　　）　緊急連絡先　（　　）　続柄[　　]				

身長：　　cm　体重：　　kg　体温：　　℃　職業：

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ ・ はい(直近１ケ月以内の処方薬以外は**【3】の記入省略可**)

【1】本日、来院された理由に○をつけて下さい

1.　どのような症状で受診されますか

該当する箇所の番号のすべてに○をつけて下さい

そのうち最もつらい症状に◎をつけてください

1）頻尿（おしっこが近い）　2）排尿痛（おしっこするときに痛みがある）
3）残尿感（おしっこした後も残った感じがする）　4）尿混濁（おしっこが濁る）
5）尿失禁（おしっこがもれる）　6）血尿（おしっこに血が混じる）
7）排尿困難（おしっこが出にくい）　8）尿道の不快感
9）尿道から膿などが出る
10）痛みがある（背中、腰、下腹部、睾丸）　（右　左）
11）腫れ物ができている（腹部、睾丸）
12）前立腺（腫瘍マーカー、前立腺癌、前立腺肥大症、前立腺炎）の相談
13）ＥＤ　14）その他（　　）

2.　それはいつ頃から始まりましたか

1）今朝から　2）昨日から　3）2～3日前から　4）1週間くらい前から
5）1ヶ月くらい前から　6）その他（　　）

3.　1日の尿の回数は何回位ですか

昼間（　　）回　夜、寝てから朝起きるまで（　　）

【2】今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

いいえ ・ はい　（心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・
血液の病気 ・ 胃 ・腸の病気 ・ 眼の病気 ・ 骨折 ・
その他　　）
かかりつけ病院（　　医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 ）

【3】現在飲んでいる薬はありますか（経口避妊薬・市販薬(サプリメント、ドリンク剤等)を含めて）

ない ・ ある　（　　）

裏面もご記入下さい

【4】今までに病気やけがで手術を受けたことがありますか
ない ・ ある （ ）

【5】今までに薬や注射で異常が起こったり、アレルギー体質だといわれたことがありますか
ない ・ ある （ 何のアレルギーですか ）

【6】輸血を受けたことがありますか
ない ・ ある （ いつごろ ）
＊ 信仰上の理由により輸血を受けられない方は予めお申し出ください

【7】職場や病院などで定期的な健康診断をうけていますか
ない ・ ある （ ）

【8】今回の症状とは別に希望する検査や心配事があればお書きください

【9】現在、規則的な生活が送れていますか
はい ・ いいえ （ 仕事が忙しい ・ 仕事が不規則 ・ 悩み事で夜眠れない ）
その他 （ ）

【10】たばこは吸われますか いいえ ・ はい（ 1日 本 ）
お酒は飲まれますか いいえ ・ はい（ 1日酒 合 ・ ビール缶 本
その他 ）

【11】診察・治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか
いいえ ・ はい お名前 ご関係
連絡先（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他 ）

【アンケート】ご協力をお願いします 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください
ホームページ・広告(雑誌 ・ 新聞 ・ チラシ・ポスター ・ その他（ ）を見て
講演会 ・ 市民(健康)講座 ・西の京病院主催の教室 に参加して
他院からの紹介 (医療機関名)
西の京病院/他科からの紹介 （ 科 先生、人間ドック/PET 等検査)
知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介 ・近くて便利

介護保険認定：有 ・ 無 ・ 申請中
認定有の方：要支援（ ）/ 地域包括支援センター（施設名 担当者 ）
要介護（ ）/ ケアマネジャー （施設名 担当者 ）
連絡先：施設 ・ 携帯 ・ 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。

泌尿器科
問診担当者（ ）

医療法人 康仁会 西の京病院

2023 年 4 月 1 日改訂