

〒\_\_\_\_\_

住所

電話番号

フリガナ

氏名

男・女

生年月日

年

月

日

歳

## 1. 本日当クリニックを受診された理由

いつ頃から、どのような症状がありましたか

( \_\_\_\_\_ )

尿がでにくい 血尿 尿漏れ 排尿時痛 背部痛( 右 左)頻尿 ( 夜間に多い 1日を通して多い) 性器の異常他院からの紹介 検診ですすすめられて自費(性病検査・ブライダルチェック・ED・AGA・プラセンタ・にんにく注射)

## 2. 起床後から就寝までの排尿回数 ( \_\_\_\_\_回) 就寝中の排尿回数 ( \_\_\_\_\_回)

## 3. 今までに治療したことのある病気、現在他の病院で治療中の病気があればチェックしてください。

糖尿病 心臓の病気 脳梗塞、脳出血などの脳の病気 腎臓の病気喘息 透析 結核がん (どこの部分のがんですか: \_\_\_\_\_ )手術 (いつ頃、どのような手術を受けましたか \_\_\_\_\_ )その他 ( \_\_\_\_\_ )4. 現在内服されている薬があれば書いてください お薬手帳の持参: あり なし

薬の名前、処方されている病院、クリニックなど

血をサラサラにする薬(抗凝固薬)を内服されていますか はい いいえ

## 5. 以下の質問に該当するところにチェックしてください

アレルギー なし あり (薬・食べ物など \_\_\_\_\_ )喫煙 なし あり ( \_\_\_\_\_ 本/日)( \_\_\_\_\_ 年間吸っている)飲酒 なし あり (量は \_\_\_\_\_ ) (種類 \_\_\_\_\_ )6. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか はい いいえ

当院は診療情報取得・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します。

★医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 : 4点 加算2 : 2点(マイナ保険証を利用した場合)