

診察を受けられる方へ

受付日 年 月 日

[受付時間 :]

☐以前来院 有 (約 年前)

★まったく初めての方へ…当病院は何でお知りになりましたか？

☐ 紹介状有	フィルム	有り (CD-R)	・ 無	☐ タウンページ	☐ インターネット
☐ 紹介者有	(	先生・様)		☐ 近所	☐ その他 ()
フリガナ				生年月日	明 ・ 大 年 月 日 昭 ・ 平 (才)
氏 名	男 ・ 女			電話番号	自宅 - - 携帯 - - 勤務先 - -
住 所	〒 -				

★あてはまるところに☑チェックを入れてください。

(1) 今日はどうなさいましたか？

- ☐トイレに近い ☐尿が出にくい ☐尿が漏れる ☐残尿感がある ☐血尿
☐痛みがある () ☐性病の検査 ☐検診の結果 ☐勃起不全(ED)
☐その他 () ☐その他 ()

※それは、いつごろからですか？ ()

(2) アレルギーについてお尋ねします

①アレルギーはありますか？ (食物についてもご記入ください)

☐ない ☐ある

- 1.ジンマシン 2.喘息 3.アレルギー性鼻炎 4.花粉症
5.アトピー性皮膚炎 6.食物 ☐牛乳 ☐他 () 7.他 ()

②薬・造影剤・食事などで湿疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？

☐ない ☐ある ※い つ ご ろ :

※ 症 状 :

※薬品名・食物名 :

③血縁者の方で、①②に該当される方がいらっしゃいますか？

☐ない ☐ある []

(3) 過去にかかった病気、現在治療している病気はありますか？

- ☐喘息 ☐心臓病 ☐高血圧 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐糖尿病
☐緑内障 ☐特異体質 ☐透析中 ☐その他 () ☐その他 ()

(4) 現在 服用中のお薬はありますか？《本日お持ちでしたら受付でお出しください》

※お薬の説明書やお薬手帳でも結構です

☐ない ☐ある

※薬品名：☐抗血栓剤 (血液をサラサラにするお薬)

☐他 ・ ・

◎女性の方へ

妊娠の可能性についてお尋ねします。可能性は…

☐ない ☐ある ☐妊娠している (カ月)

☐説明書有 ☐手帳有

◆診療費明細書

要 () ・ 不要

◆問診者

◎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）をお持ちですか？

はい

→本日、診療情報取得に同意されましたか？（ はい いいえ ）

いいえ

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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よろしくお願い致します。