◀泌尿器科

記入日：　　年　　月　　日

氏名　　様 / 生年月日　　/身長　　cm　/体重　　kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？　　はい　・　いいえ

1．本日はどうされましたか	☐ 健診で異常を指摘　○ 健診結果をご提示下さい ☐ 血尿　☐ 残尿感　☐ 頻尿　☐ 尿が出にくい　☐ 尿失禁 ☐ 痛みがある　☐ 発熱　☐ 性器の異常 【詳細】
2．いつからですか	
3．過去にかかった病気 現在治療中の病気	☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 心臓病　☐ 胃・十二指腸潰瘍 ☐ 緑内障　☐ 喘息　☐ 脳梗塞　☐ 脳出血　☐ 精神神経病 ☐ その他　（　　）
4．入院・手術の有無	☐ なし　☐ あり （病名：　　時期：　　）
5．現在、通院中の医療機関	☐ 洛西ニュータウン病院　☐ その他（　　）
6．現在、服用している薬	☐ なし　☐ あり　○お薬手帳、お薬情報をご提示下さい ○ なければ服用中の薬名を記入下さい （　　）
7．薬や注射で具合が悪くなる	☐ なし　☐ あり　薬品名（　　）
8．食品で具合が悪くなる	☐ なし　☐ あり　食品名（　　）
9．アレルギー体質	☐ なし　☐ あり　アレルギー名（　　）
10.〈女性の方へ〉　妊娠の可能性	☐ なし　☐ あり　☐ わからない　☐ 授乳中
11. 煙草	☐ 全く吸わない　☐ 吸っていた　☐ 吸っている 1日　　本を　　年間
12. 酒類	☐ 全く飲まない　☐ 飲んでいた　☐ 飲んでいる 1日ビール　　本　清酒　　合
13. 親族（親・きょうだい）でがんの方	☐ いない　☐ 不明 ☐ いる　（誰：　　病名：　　）
14. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	☐ はい　☐ いいえ
15. 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？	☐ はい　☐ いいえ

2022年10月17日改訂