受診問診票

フリガナ 氏名	生年月日 大 昭 平 令　　年　　月　　日	性別 男　女
電話番号	e-mail	
住所（〒　　－　　）		

マイナ保険証による診療情報取得について　□同意する

喫煙　□有　□無　　飲酒　□有　□無　　妊娠　□有　□無　　授乳　□有　□無

下記の内容で該当する項目、気になる項目のすべてにチェック印をお付けください。

□頻尿（おしっこが近い）
□残尿感（排尿後すっきりしない）
□排尿痛（排尿時痛い）
□尿が出にくい、全くでない
□血尿（尿に血が混ざる）
□尿路結石が気になる
□性感染症が気になる
□性器が気になる
□性器や陰部にブツブツがある、痒い
□健康診断で再検査（項目：　　）　　ＫＴ：

□男性更年期が気になる
□ＥＤ（勃起不全）が気になる（□処方希望）
□よく眠れない、疲れが取れない
□がんが気になる
□漢方について知りたい
□ＡＧＡ（男性型脱毛症）
□ブライダルチェック（自費診察、男性限定）
□その他（　　）

■上記の項目が気になるのはいつ頃からですか？

■薬や注射、食べ物などでアレルギーがございましたら教えてください。

□なし　□薬・注射（　　）　□喘息・花粉症　□食べ物（　　）

■今までにかかった大きな病気、手術を教えてください。

□なし　・　□ある（あるにチェック印を付けて頂いた方は、下記項目もご記入下さい）

年　　月頃　病名　　病院名

年　　月頃　病名　　病院名

■現在治療中の病気、服用中の薬があったら教えください。

□なし　・　□ある（□お薬手帳を持っている）

病名　　病院名　　服用中の薬

病名　　病院名　　服用中の薬

■当クリニックのことを何でお知りになりましたか？該当する箇所を〇で囲んで下さい。

ＨＰ（検索ワード　　）／ ＮＥＴ検索（サイト名　　）／ 看板

紹介（ 知人 ・家族 ・職場 ）／ 他院の紹介（病院名　　）／ その他（　　）

■湘南太陽会グループのクリニックで診察を受けられたことはありますか？ はい（ 鳥居 ・ 相生 ・ 根岸 ）・いいえ

※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。
◆医療情報・システム基盤整備充実加算　従来の保険証の場合（初診時）加算４点
マイナ保険証の場合（初診時）加算２点

スカイビル
腎・泌尿器科クリニック