

お名前		TEL	
住所	(変更ある方のみ)〒		

① 他の医療機関からの紹介状を持っていますか。 はい ・ いいえ

② 本日の症状(来院目的)を簡単にお書きください。

いつからの症状ですか？→	
来院時体温	℃

③ 本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか？ はい ・ いいえ

④ 今までに、薬によるアレルギーが出たことはありますか？ある方は薬品名と症状を記入して下さい

はい → ()
いいえ

⑤ 今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？

はい → ()
いいえ

⑥ 現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？

はい → (医療機関名:)
いいえ (治療内容:)

⑦ 緑内障の既往歴はありますか？ はい ・ いいえ

⑧ 現在AGAの薬を服用していますか？ はい ・ いいえ

⑨ (男性の方のみ)前立腺肥大症の既往歴はありますか？ はい ・ いいえ

⑩ (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか？ はい(週) ・ いいえ
現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

⑪ 日常生活において、当てはまるところに○印を、()内は数字をお書きください。

*たばこについて ・吸わない ・吸っていた ・吸っている
↳ 1:1日に()本くらい 2:合計()年間くらい

*アルコールについて ・毎日 ・週5日程度 ・時々 ・ほとんど飲まない

★裏面のご記入もお願いいたします

泌尿器科

① マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による診療情報取得に同意しますか？

はい ・ 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。
--

② (①がいいえの方のみ) 現在、他の医療機関で処方されている薬はありますか？

はい → (薬の名前:)
いいえ

③ (①がいいえの方のみ) 1年以内に特定健診を受診しましたか？

はい → (受診した時期: 年 月ごろ)
いいえ (指摘事項があれば右にご記入ください:)