

氏名 _____ 様 性別(男・女) 年齢 歳

① どのような症状があって受診されましたか？ またその症状はいつから始まりましたか？

例:発熱 (3日前から 38.0 ℃)

発熱 (から ℃) 排尿時痛 (から) 残尿感 (から)血尿 (から) 尿の勢いが弱い (から)尿が出ない (から) 頻尿 (から) 尿失禁 (から)腰・脇腹が痛い 右・左 (から) 下腹部が痛い (から)睾丸が痛い (から) 睾丸が腫れている (から)勃起障害 (から) 性病検査 定期的な検診健診 (PSA・尿潜血・尿蛋白・クレアチニン・エコー) で精査を勧められたその他 ()

② 今回の症状で他の病院(医院)で診察を受けましたか？

受けていない 受けた 病院名 () 病名 ()

③ 今まで入院や手術の経験をされた、病気・けがをされたことがありますか？

ない ある 病院名 () 病名 ()

病院名 () 病名 ()

病院名 () 病名 ()

④ 現在治療を受けている病気がありますか？

ない ある 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病喘息 胃潰瘍 がん 緑内障 脳の病気その他 ()

病院名 ()

⑤ 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか？

ない ある 薬品名 ()お薬手帳 ない ある アプリ 持参忘れ

⑥ アレルギーがありますか？

食物 : ない ある 食物名 () 症状 ()薬物 : ない ある 薬品名 () 症状 ()その他 : ない ある 症状 ()

⑦ 飲酒・喫煙はされますか？

お酒 : いいえ はい (/日)たばこ : いいえ はい (本/日) 止めた(才~ 才まで)

⑧ 女性の方にお尋ねします。現在妊娠中、もしくは授乳中ですか？

いいえ 妊娠中 (週目) 授乳中 わからない

⑨ 1週間以内にバリウムを使った(胃・大腸)の造影剤検査をしましたか？

いいえ はい

⑩ 身長 () cm 体重 () kg

裏面のご記入もお願いいたします

病名説明について

皆様の診察の結果は、直ちに説明できる場合と更に検査を必要とする場合があります。

私どもはいずれの場合でもできる限り皆様のご意向ご要望を尊重したいと考えています。以下の質問にお答えください。

1. あなたの病気がたとえ治りにくい病気（ガンなど）でも、本当の病名をお知りになりたいですか？
1) 知りたい 2) 知りたくない 3) その他（理由_____）
2. あなたの病気の診断、治療について、他に説明してもらいたい人が居ましたら1名選んでご記入ください。
1) いない 2) いる その人のお名前_____あなたとの続柄_____
3. もし、あなたの病気が治りにくい病気（ガンなど）として、家族・その他の人があなたに病名を告げることに反対している時、あなたはどのようにしますか？
1) 自分の責任において正しい病名を知りたい 2) 家族・その他の人の意向に従う
3) その他（_____）

オンライン資格確認について

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きます。

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・システム基盤体制充実加算（初診時）加算1 3点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意する 1) はい 2) いいえ

臓器提供の意思表示について

当院では皆様の医療に対する考え方や意思表示の有無を確認させていただいております。

1. 臓器提供意思表示カード、もしくは健康保険証、運転免許証の意思表示欄に記入されていますか？
1) はい 2) いいえ

その他治療に関するあなたの考えがありましたら、ご記入ください。

{ _____ }

症例の学会発表について

医療の質・医療の水準向上の目的で行われる学会発表などで情報提供することがあります。

その際は個人情報保護法をはじめとした個人情報に関する法令、指針に従って行います。

わたしは上記の内容に同意し、署名します。

同意日：西暦：_____年 _____月 _____日 本人署名：_____

ご来院のきっかけについて

当てはまるものに○をお願いします。

以前から知っていた・他院からの紹介・家族、知人からの紹介・ホームページ・You Tube
その他（_____）