

# 泌尿器科 問診票

令和 年 月 日

裏面に記載の「当院における個人情報の利用目的」に同意した上で診察を申し込みます。

フリガナ		性別	職業
氏名		男・女	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )		
住所	〒		
電話番号			
携帯番号	至急のお知らせがある場合がありますので、お持ちの方はご記入ください。		

## 1. 現在の症状について当てはまるものに、○をつけてください。

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| ① 尿が出にくい               | ⑪ 下腹部に嫌な感じがある             |
| ② 尿が出る時に痛みがある          | ⑫ 熱がある ( 体温 : °C )        |
| ③ 尿の回数が多い ( □朝 □昼 □夜 ) | ⑬ 男性外来 ( □不妊 □性功能 )       |
| ④ 尿が残った感じがする           | ⑭ 夜尿症 ( 小児科受診 : □あり □なし ) |
| ⑤ 尿が漏れる                | ⑮ 精液に血が混じる                |
| ⑥ 尿に血が混じる              | ⑯ 検査所見異常                  |
| ⑦ 睾丸に痛みがある             | 内容 :                      |
| ⑧ 背部に痛みがある             | ⑰ 他院(泌尿器科)より紹介又は通院中       |
| ⑨ 側腹部に痛みがある ( □右 □左 )  | 内容 :                      |
| ⑩ 下腹部に痛みがある            | ⑱ その他                     |
|                        | 内容 :                      |

## 2. 上記の症状はいつ頃からですか？

## 3. 今までに大きな病気、手術をしたことがありますか？

□なし ・ □あり ( 病名 : )

## 4. 現在服用しているお薬はありますか？

□なし ・ □あり ( 薬品名 : )

## 5. (女性の方) 現在、妊娠されていますか？

□はい ・ □いいえ

## 6. (女性の方) 現在、授乳されていますか？

□はい ・ □いいえ

## 7. 診療費明細書の発行は必要ですか？

□必要 ・ □不要

## 当院における個人情報の利用目的

### 医療提供

当院での医療サービスの提供

他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携

他の医療機関等からの照会への回答

患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合

検体検査業務の委託その他の業務委託

ご家族等への病状説明

その他、患者さんへの医療提供に関する利用

### 診療費請求のための事務

当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託

審査支払機関へのレセプトの提出

審査支払機関又は保険者からの照会への回答

公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答

その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

### 当院の管理運営業務

会計・経理

医療事故等の報告

当該患者さんの医療サービスの向上

入退院等の病棟管理

その他、当院の管理運営業務に関する利用

企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

当院内において行われる医療実習への協力

医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

外部監査機関への情報提供