

診療申込書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな	性 別	生年月日
氏 名	男 女	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
現住所 (〒) 建物名もご記入下さい		
自宅電話番号 ()	携帯電話番号 ()	
緊急連絡先 氏名 電話番号 ()	続柄 又は ご関係 ()	
施設に入所されている方は下記をご記入下さい		
施設名	電話番号 ()	

***今回の症状はいつ頃からですか？**

()

【当てはまる症状の項目にチェックをつけてください】

- ☐ 熱がある 【体温 度】
- ☐ 尿が出ない
 ☐ 背中・脇腹が痛い （ 右側・左側 ）
- ☐ 尿の出が悪い
 ☐ 下腹部が痛い
- ☐ 排尿する時に痛みがある
 ☐ 睾丸が痛い・腫れている （ 右側・左側 ）
- ☐ 残尿感がある
 ☐ 亀頭部・包皮が腫れている
- ☐ 尿が赤い
 ☐ 陰部にできものがある
- ☐ 尿がにごっている
 ☐ 精液に血が混じる
- ☐ トイレの回数が日中多い
 ☐ 性病の相談 （排尿痛・うみがでる）
- ☐ トイレの回数が夜間多い
 ☐ 包茎の相談
- ☐ 尿がもれることがある
 ☐ 男性機能・男性更年期の相談
- ☐ おねしょの相談
 ☐ ED（勃起不全）の薬を希望する（自費）
- ☐ 健康診断などの異常 ・結果をお持ちですか ☐あり ☐なし
- ☐尿潜血 ☐蛋白尿 ☐前立腺がん検診 ☐尿路結石 ☐腫瘍の疑い
- ☐その他（ ）

※上記症状に当てはまる症状がなければ、具体的に下記にご記入下さい

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

・薬や食べ物などにアレルギーはありますか

☐ ない

☐ ある (薬: _____ 症状: _____)
(食べ物: _____ 症状: _____)

・今までに次の病名と診断されたことがありますか

☐ ない ☐ ある ☐ 心臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 甲状腺の病気 ☐ 緑内障
☐ 高血圧 ☐ 腎臓病 ☐ 尿路結石 ☐ がん ()

・上記以外の病気や手術を受けられたことはありますか

☐ ない ☐ ある ()

・現在、医療機関で処方されているお薬はありますか

☐ ない ☐ ある お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。
お薬手帳がアプリの方は、記入用紙をお渡ししますのでお申し出ください。

*お薬手帳がない方は薬剤名をご記入ください

【女性の方へ】 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか

☐ いいえ ☐ はい (☐ 妊娠中 _____ 週 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中)

*本日『マイナ保険証』（マイナンバーカード）をお持ちですか ☐ はい ☐ いいえ

*『マイナ保険証』による診療情報取得に同意されますか ☐ はい ☐ いいえ

*この1年で『特定健診』または『基礎健診』を受診されましたか ☐ はい ☐ いいえ

★『特定健診』『基礎健診』とは会社・市町村で行う健康診断のことです。

【ご記入が終わりましたら受付にご持参ください】

医事課記入欄

代筆者	受取者	記録/確認者

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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

排尿チェックシート ①

氏名：_____

あてはまる点数に○をつけてください

どれくらいの割合で 次のような症状がありましたか？	まったく ない	あまり ない	たまに ある	ときどき ある	しばしば ある	ほとんど いつも
		5回に1回 未満	2回に1回 未満	2回に1回 くらい	2回に1回 以上	
おしっこをした後に まだ残っている感じが ありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこをして2時間以内に もう一度しなくてはならない ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこをしている間に 何度も途切れることが ありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこを我慢するのが 難しことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこの勢いが弱い ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこを出すとき おなかに力を入れる ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
夜寝てから朝起きるまでに 何回おしっこをするために 起きましたか	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
	0	1	2	3	4	5

○をつけた数値を 合計してください	点
----------------------	---

	とても 満足	満足	ほぼ 満足	なんとか いえない	やや 不満	不満	とても 不満
現在のおしっこの状態が、このまま 変わらずに続くとしたらどう思いますか	0	1	2	3	4	5	6

排尿チェックシート②

氏名：

あてはまる点数に○をつけてください

質問	症 状	頻 度	点 数
1	朝起きた時から 寝る時までに、何回くらい おしっこをしましたか	7 回以下	0
		8 ～ 1 4 回	1
		1 5 回以上	2
2	夜寝てから朝起きるまでに 何回くらいおしっこをするために 起きましたか	0 回	0
		1 回	1
		2 回	2
		3 回以上	3
3	急におしっこがしたくなり 我慢が難しいことが ありましたか	なし	0
		週に 1 回より少ない	1
		週に 1 回以上	2
		1 日 1 回くらい	3
		1 日 2 ～ 4 回	4
		1 日 5 回以上	5
4	急におしっこがしたくなり 我慢できずにおしっこを もらすことがありましたか	なし	0
		週に 1 回より少ない	1
		週に 1 回以上	2
		1 日 1 回くらい	3
		1 日 2 ～ 4 回	4
		1 日 5 回以上	5

○をつけた数値を
合計してください

点