

つじ泌尿器科予診票 (お子さん用)

年 月 日

住所 _____ 電話番号 _____

氏名 _____ 年齢 歳 カ月

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか? はい いいえ

① 今日どのような症状またはどのような問題で来院されましたか

その症状はいつからですか

年 月 日頃から または 日・ヶ月・年前 から

② 最後に排尿されたのは何時ごろでしたか

☐午前 ☐午後 (時 分頃)

③ 一週間以内に熱は出ていますか

☐いいえ ☐はい・(月 日 度 分)

④ 現在、何かお薬を飲んでいますか

☐いいえ ☐はい ⇒ ☐お薬手帳あり、☐なし、☐アプリ管理

薬品名 ()

※お薬手帳持参の方は記載不要

⑤ 今までに大きな病気やけが、通院治療されている病気はありますか

☐いいえ ☐はい

病 名 ()

いつ頃 ()

⑥ アレルギーはありますか

☐いいえ ☐はい

その時の症状 ()

原因は ()

⑨ 当院を何でお知りになりましたか?当てはまる項目に○をお願いします。(複数可)

家族・知人の紹介 当院ホームページ 検索サイト

他院より紹介 (医療機関名:)

その他 ()

ありがとうございました

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。