問　診　票

記入後はスタッフにお渡し下さい。

受診日：令和　　年　　月　　日

★医療 DX に対応する体制の確保と加算の算定について★
当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムをはじめとしたデジタルデータシステムを導入しております。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が可能となります。令和 6 年 6 月 1 日より厚生労働省の規定により、初診時に医療情報取得加算 加算 1 「3 点」（健康保険証を提示した場合、システムによる診療情報活用に同意しない場合）・加算 2 「1 点」（マイナ保険証を利用した場合）、再診時に 3 カ月に 1 回で医療情報取得加算 加算 3 「2 点」（健康保険証を提示した場合、システムによる診療情報活用に同意しない場合）・加算 4 「1 点」（マイナ保険証を利用した場合）を算定しております。また、初診時に医療 DX 推進体制整備加算「8 点」を算定しております。

★診察によって尿検査をする場合があります。排尿せずにお待ちください。
（トイレに行きたい場合は、スタッフまでお知らせください。）

診察 No：

フリガナ 氏名：　　（男・女）	昭・平・令　　年　　月　　日生　　才
職業:	身長：　　ｃｍ　体重：　　ｋｇ　体温：　　℃
住所　〒	
TEL（携帯）	（自宅）

1. 本日、受診を希望される理由についてお聞かせ下さい。
あてはまる受診理由もしくは、症状に○をつけて下さい。

・睾丸の症状（痛み・腫れ）・セキ　・タン　・鼻水、鼻づまり　・ノドの痛み　・発熱　・腹痛
・ノドがかわく　・水様下痢、血性下痢　・頭痛　・息が苦しい　・全身がだるい　・微熱が続く
・尿潜血、尿たんぱく　・血尿（赤い尿が出た）　・排尿時の痛み　・おねしょ
・健康診断の精査（※持参された検診結果は受付へお出しください）　・尿管結石（疑い）
・残尿感　・頻尿　・尿が出にくい、勢いが悪い　・尿失禁（尿が漏れる）
・尿量が多い　・尿量が少ない
※枠内に○のついた方は 3 枚目もご記入ください。
・性器の異常（包茎）・ED：男性機能の異常 ・男性更年期障害 ・痛み（部位：腰部・下腹部・陰のう部・陰茎部・その他）・がんの検査希望（前立腺がん etc）・その他（　　）
それは、いつ頃からみられますか。（　　）

2. 今までにかかった病気を○で囲んでください。またそれはいつ頃（何歳ごろ）ですか。

高血圧（　　歳頃 ）　腎臓病（　　歳頃 ）　糖尿病（　　歳頃 ）
心臓病（　　歳頃 ）　肝臓病（　　歳頃 ）　胃潰瘍（　　歳頃 ）
喘息　（　　歳頃 ）　その他（病名　　）（　　歳頃 ）

3. 今までに手術を受けたことがありますか。　（ はい・いいえ ）
「はい」の方・・・（ いつ：　　何の手術：　　）

（ いつ：　　何の手術：　　）

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。　（ はい・いいえ ）
「はい」の方･･･アレルギーを起こした薬・食べ物の名前（　　）

5. 現在服用している薬がありましたらお薬手帳をご提出ください。
※手帳がない場合は薬名を記入してください
（　　）

6. 現在他の医療機関に通医院されていますか。（ はい・いいえ ）
「はい」の方･･･通院されている医療機関名（　　）治療内容（　　）

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中及び妊娠の可能性はありますか。（ はい・いいえ ）

授乳中ですか。（ はい・いいえ ）

妊活中ですか。（ はい・いいえ ）

月経　（ 順調・不順 ）　最終月経：（　　月　　日　～　　月　　日）

★ 問診は以上です。直近３ヵ月の間に受けた健康診断や血液検査等の結果をお持ちの場合は、
この問診票と一緒に受付へご提出ください。

Y2406

ご来院アンケート

※こちらは任意でご記入ご協力をお願いします。

山田泌尿器科クリニック

本日当院にご来院いただいたきっかけをお教えください。
あてはまるものに〇、あてはまるものがない場合は(　)内にご記入ください。

・通りがかりで当院を知った　・野立て看板を見て知った　・他の方からの紹介で知った

・近所にクリニックがあるから　・家族が来院されているから

・他院から紹介されて来院した（ 他院名：　　）

・インターネットで検索し、当院のホームページを見た（ 検索媒など：　　）
・その他（　　）

排尿症状質問票

記入後はスタッフにお渡し下さい。

どのくらいの割合で 次のような症状がありましたか あてはまる欄に〇をつけてください	全くない	5回に1回の割合より少ない	2回に1回の割合より少ない	2回に1回の割合くらい	2回に1回の割合より多い	ほとんどいつも
この1か月の間に、尿をしたあとに まだ尿が残っている感じがありましたか						
この1か月の間に、尿をしてから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						
この1か月の間に、尿をしている間に 尿が何度もとぎれることがありましたか						
この1か月の間に、尿をがまんするのが難しい ことがありましたか						
この1か月の間に、尿の勢いが弱いことが ありましたか						
この1か月の間に、尿をし始めるために お腹に力を入れることがありましたか						
この1か月の間に、夜寝てから朝起きるまでに ふつう何回尿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

ＩＰＳＳ（国際前立腺症状スコア）

**この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、
あてはまる欄に〇をつけてください**

症状	欄	頻度
朝起きた時から寝る時までに、 何回くらい尿をしましたか		7回以下
		8～14回
		15回以上
夜寝てから朝起きるまでに、 何回くらい尿をするために 起きましたか		0回
		1回
		2回
		3回以上
急に尿がしたくなり、 がまんが難しいことが ありましたか		なし
		週に1回より少ない
		週に一回以上
		1日1回くらい
		1日2～4回
		1日5回以上
急に尿がしたくなり、 がまんできずに 尿をもらすことがありましたか		なし
		週に1回より少ない
		週に一回以上
		1日1回くらい
		1日2～4回
		1日5回以上

ＯＡＢＳＳ（過活動膀胱症状スコア）

**現在の尿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
あてはまる欄に〇をつけてください**

とても満足	満足	ほぼ満足	なんともいえない	やや不満	いやだ	とてもいやだ

ＱＯＬＳ（生活の質スコア）