

問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		大正・昭和・平成・令和	男・女	身長	cm	ここ10年での体重変化
お名前		年 月 日生 歳	未婚・既婚	体重	kg	kg 増 / kg 減
住所	〒() - ()		自宅 TEL:	職業 ()		
			携帯 TEL:	立ち仕事 / 座り仕事 / 肉体労働 / オフィスワーク / 他		
妊娠: 有・無	授乳中: 有・無	出産経験: 回・無	最終月経: 月 日	最終周期: 日・閉経	便通: 回 / 日	日位
平均睡眠時間: : ~ :	熟睡感: 有・無	今までにかかった病気 (手術を含む): 有・無 ()				
内服薬: 有・無	薬剤アレルギー: 有・無 (薬品名)	アレルギー・喘息: 有・無 ()				

症状	●あなたは尿が漏れることが、どのくらいありますか？ <input type="checkbox"/> 稀に <input type="checkbox"/> 毎日、1日に何回も <input type="checkbox"/> 時たま <input type="checkbox"/> 持続的
	●どのような時に尿がもれましたか？ <input type="checkbox"/> せきやくしゃみをした時 <input type="checkbox"/> 座っていたり、横になっている時
	●尿を漏らした時の量はどうでしたか？ <input type="checkbox"/> 数滴～少量と少なかった <input type="checkbox"/> 比較的多かった
	●毎日どの位の間隔でトイレに行きますか？ <input type="checkbox"/> 3～6時間ごとに <input type="checkbox"/> 1～2時間ごとに
	●夜寝てからもトイレに行きますか？ <input type="checkbox"/> 一度も行かないか、一度だけ行く <input type="checkbox"/> 2回以上または頻繁に何度も行く
	●夜寝ている時に尿を漏らしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> よくある
	●尿意を感じた時、我慢できますか？ <input type="checkbox"/> 我慢できる <input type="checkbox"/> すぐに (10分～15分で) トイレに行かないともれてしまう <input type="checkbox"/> 我慢できずに漏れてしまう
	●トイレに行く途中で尿を漏らしてしまったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 全くないか、または、稀にしかない <input type="checkbox"/> ほとんどいつも漏れる
	●突然強い尿意を感じて、そのため我慢できずに尿を漏らしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時たま、または、よくある
	●出している尿を途中で止めたり出したりできますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	●排尿した後、残尿感 (尿がまだ残っているような感じ) は全くないですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	●トイレに行きたいぐらいの尿意が頻回にありますか？ <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 非常にある
	●あなたにとって尿が漏れる事はどうですか？ <input type="checkbox"/> 時たま悩ませるだけか、あまり気にならない <input type="checkbox"/> 非常に困っている
	●朝起きた時から寝るまでに、何回くらい尿をしましたか？ <input type="checkbox"/> 7回以下 <input type="checkbox"/> 8回～14回 <input type="checkbox"/> 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為に起きましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上
●急に尿がしたくなり、我慢が難しいこと、または漏らすことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週に1回より少ない <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> 1日1回くらい <input type="checkbox"/> 1日に2回～4回 <input type="checkbox"/> 1日に5回以上	

※その他、気になる症状があればお教え下さい。

● マイナ保険証による診療情報取得について (限度額認定証) 同意する

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算 1 4点

マイナ保険証を利用する場合…初診時 加算 2 2点