

フリガナ： -----	生年月日： 年 月 日
お名前： 様	性別： 男 ・ 女      年齢： 歳
住所：〒 -	
電話番号 - -	緊急連絡先 ※本人様以外を記載して下さい 氏名： (続柄： ) 電話番号： - -

**1. 今日は主にどのような症状で来院されましたか？** ※該当する箇所（症状）に☑をして下さい

<input type="checkbox"/> 尿が近い	<input type="checkbox"/> 尿に血が混ざる	<input type="checkbox"/> 陰のう・睾丸の痛み	<input type="checkbox"/> 不妊症の相談
<input type="checkbox"/> 尿が漏れる	<input type="checkbox"/> 尿がにおう	<input type="checkbox"/> 陰のう・睾丸のはれ	<input type="checkbox"/> プライダルチェックA
<input type="checkbox"/> 夜に尿が近い	<input type="checkbox"/> 尿の泡が多い	<input type="checkbox"/> 健診・人間ドックでの異常	<input type="checkbox"/> プライダルチェックB
<input type="checkbox"/> 残尿感がある	<input type="checkbox"/> 排尿時の痛み	<input type="checkbox"/> 勃起障害 (ED)	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> おねしょ	<input type="checkbox"/> 腰の痛み	<input type="checkbox"/> 性病の相談 (男性のみ)	[ ]
<input type="checkbox"/> 尿が出にくい	<input type="checkbox"/> 下腹部の痛み	<input type="checkbox"/> 性器の異常 (男性のみ)	

**2. 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？**

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 狭心症/心筋梗塞
		<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 胃/十二指腸潰瘍
		<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> その他 (	)	

**3. 今までに手術を受けたことがありますか？**

ない     ある→ いつ頃 ( 歳頃)      手術内容 ( )

**4. 現在、飲んでいる薬はありますか？**

ない     ある→ 飲んでいる薬 ( )

※お薬手帳をもっている場合はご提示ください。お薬手帳をお持ちの方はお薬名未記入でも大丈夫です。

**5. 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？**

いいえ     はい→ ( )

※はい、と答えた方は具体的なアレルギーをご記入ください

**6. タバコについて**

吸わない     吸う (1日 本)     やめた ( 歳 ~ 歳まで)

**7. 女性の方のみお答えください**

【妊娠の可能性】     ない     ある    /    【授乳中ですか？】     いいえ     はい

**8. 当院をどちらでお知りになりましたか？**

当院ホームページ     医療検索サイト     他院からの紹介     家族・知人の紹介     看板