

フリガナ

お名前 _____ 様 (男・女)

生年月日 _____ 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

電話番号 _____ 緊急連絡先 _____

1. 今日主にどのような症状で来院されましたか？

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

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？ ある ない

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <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"/> 胃/十二指腸潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <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？ ある ない

いつ頃 (_____ 歳頃) 手術内容 (_____)

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？ ある ない

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

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 (_____)

6. タバコについて

※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

 吸わない 吸う (1日 _____ 本) やめた (_____ 歳 ~ _____ 歳)

7. 女性の方のみお答えください

妊娠の可能性 ある ない / 授乳中ですか？ はい いいえ

8. 当院をどちらでお知りになりましたか？

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 当院ホームページ | <input type="checkbox"/> 医療検索サイト | <input type="checkbox"/> 看板 |
| <input type="checkbox"/> バス広告 | <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 |