

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 |

以下の場合には速やかに受付に伝えてください。

- ・重症または緊急の場合
- ・隔離が必要な場合（インフルエンザが疑われるなど）

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

1. 今回ご受診いただいた理由をご記入してください

今回新たな症状

[

]

症状の増悪

[

]

前回受診の続き

[

]

検査結果の説明

[

]

その他

[

]

2. その他に気になることや相談したいことがございましたらご記入ください

[

]

3. 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

ご協力ありがとうございました