

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"/> ブライダルチェック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"/> ブライダルチェック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