

ふりがな		生年月日	
氏名	男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生	
住所	〒	電話番号	()- -
		携帯番号	- -

●医師との1対1診察を希望されますか？ はい ・ いいえ

※検査・処置内容によってはナースが介助に入ります。予めご了承をお願い致します。

●本日はどのような症状で来院されましたか？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 尿が出づらい・出ない | <input type="checkbox"/> 陰部のかゆみ・腫れている・痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 尿が残った感じがする | <input type="checkbox"/> 男性外来(性機能相談・男性更年期相談) |
| <input type="checkbox"/> 尿が出るときに痛みがある | <input type="checkbox"/> 性病検査希望(無症状の場合自費になります) |
| <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> ED 自費診療希望(料金表は別途お渡し致します。) |
| <input type="checkbox"/> 下腹部に痛みや違和感がある | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い(日中 回 /夜中 回) | 【 |
| <input type="checkbox"/> 尿が漏れそうになる・漏れる | 】 |
| <input type="checkbox"/> 背中や腰に痛みがある | |
| <input type="checkbox"/> 夜尿症(おねしょ) | |
| <input type="checkbox"/> 熱がある(度) | |
| <input type="checkbox"/> 健診で指摘され来院(健診結果は受付に提出をお願いします。) | |

●症状はいつ頃からありましたか？ (日前 週前 カ月前 年前)

◆今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

- 脳卒中 糖尿病 高血圧 心筋梗塞 狭心症 緑内障 悪性腫瘍(癌)
- コレステロール 尿酸 その他【

◆これまでの入院歴・手術歴があればお書きください

【

◆現在飲んでいる薬はありますか？ はい ・ いいえ

※資格確認証で受付した方は薬手帳を窓口へ提出をお願いします。

薬手帳お持ちでない方は下記記入をお願いします。

【薬名：

●薬や食べ物でアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

【薬： 食べ物： その他：

●タバコ 吸う ・ 吸わない

●お酒 飲む(毎日飲む ・ 週末のみ ・ 週 日 量：) ・ 飲まない

●女性の方のみ 現在、妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ ・ 妊活中