

おなまえ	生年月日	職業	体重 (お子様の場合)
フリガナ	T · S · H · R		
	年 月 日		kg
住所		TEL	
		自宅 :	
		携帯 :	

1【当てはまる項目にチェック✓をしてください。】

いつ頃からですか? 月 日 頃から

- 頻尿 尿の回数がいつもより多い →  日中  夜間  一日中
- 血尿 尿に血が混じる →  目で見ても赤い  検尿で血が混じる
- 残尿感 (尿をした後に、まだ尿が残っている感じがする)
- 排尿痛 尿をするときに尿道が痛い →  排尿はじめ  排尿中  排尿直後
- 下腹部に不快感または痛みがある
- 尿が出にくい(尿をするのに時間がかかる)
- 尿がもれる →  トイレが間に合わない
  - くしゃみをした時  重いものを持った時など、お腹に力がかかった時
- 結石を指摘されている →  腎臓  尿管  膀胱
- 陰のう・睾丸が腫れている ( 右側 ・ 左側 )

★  陰部におできができた

★  性病 精査希望

★  来院された際、尿の検査をします。1時間以上は、排尿しないようにお願いいたします。

ED の相談希望

その他 ( 具体的にお書きください)

2 現在、治療中の病気はありますか？

・病名 \_\_\_\_\_

3 お薬手帳

- 持っている → お薬手帳を 受付にお出してください  持っているが 家にある
- 持っていない → 服用中のお薬がありましたら 下記にご記入ください

5 今までにかかった病気はありますか？

・病名 \_\_\_\_\_

6 お薬などでアレルギー症状がでたことがありますか？

- はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

7 女性の方のみ

妊娠の可能性はありますか？

生理中ですか？

- はい  いいえ

- はい  いいえ

\* 当院を受診されたきっかけは？

- ・インターネット
- ・自宅、職場から近く
- ・ご家族、友人の紹介
- ・医療機関からの紹介
- ・通りすがり
- ・その他( \_\_\_\_\_ )