

| | | |
|-------------------------|----------|----------|
| (フリガナ) お名前 : | 男・女 | 年齢: 歳 |
| 生年月日: 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| ご住所 : ☎ | 自宅 () - | |
| | 携帯 - - | |

☆あてはまるものに○をお付けください。「ある」と答えた方は、わかる範囲で内容をお書きください。

- どのような症状で来院されましたか？
尿が赤い・排尿時の痛み・尿の回数が多い・尿が出にくい・尿が漏れる・残尿感・腰痛・腹痛・尿道から膿が出る・性病の検査・陰部の異常・ED・AGA・GID・男性更年期・院長へ直接話したい・その他 ()
- いつ頃からその症状がありますか？
()
- 今までに大きな病気にかかれた事がありますか？
ない・ある 糖尿病、高血圧、心臓病、肝臓病、脳卒中、緑内障、がん ()
頸椎・腰椎疾患、ぜんそく、肺結核、その他 ()
- 今までに入院・手術を受けられた事がありますか？
【入院】 ない・ある (病名:)
【手術】 ない・ある (手術の内容:)
- 現在、他院にて治療されている病気はありますか？
ない・ある 糖尿病、高血圧、心臓病、肝臓病、脳卒中、緑内障、がん ()
頸椎・腰椎疾患、ぜんそく、肺結核、その他 ()
- 現在、服用中の薬がありますか？ *お薬手帳をお持ちでしたら、お出しください。
ない・ある (薬剤名:)
- 飲み薬や麻酔などでアレルギー症状を起こした事がありますか？
ない・ある (薬剤名: 症状:)

☆女性の方のみお答えください。

【妊娠の可能性】 ない・ある 妊娠中 (妊娠 ヶ月) ・ 授乳中

<よろしければ、以下の質問にお答え下さい> ※複数回答可

- 当院を受診されたきっかけを教えてください。
医院や病院からの紹介・家族や知人の紹介・家が近い・看板を見た・チラシを見た・インターネットを見た・その他 ()

- 交通手段は何ですか？ 徒歩・自転車・バス・電車・タクシー・自家用車・バイク

*ご協力ありがとうございました。お書きいただきました内容については、診療の目的の範囲を超えて利用いたしません。