

20 年 月 日

ふりがな

ID: _____ 氏名: _____

明・大・昭・平 _____年 月 日 生まれ（ _____才）

（〒 _____）

住所: _____

電話: _____（ _____） 携帯電話: _____（ _____）

1. 受診理由

- 頻尿 尿が出にくい 残尿感 尿が漏れる
血尿 腹痛 腰痛 睾丸の異常 陰茎の異常 精液に血が混じる
排尿痛 尿道から膿が出る パートナーが性感染 症状ないが性感染が心配
健診で異常（内容: _____）
ED相談
その他（ _____）

※症状はいつ頃からですか _____

2. 今までにかかった病気、現在治療中の病気（有・無）

- 高血圧 糖尿病 高コレステロール血症
心臓病（ _____） 精神科疾患（ _____）
その他（ _____）
手術（ _____）

3. 現在服用中の薬

お薬手帳か服薬指導書があれば書かなくて結構です。受付に提出して下さい。

4. 薬、食べ物のアレルギー（有・無）

- かぜ薬 ピリン系 造影剤（ヨード） アルコール
その他（ _____）

5. 当院をお知りになったきっかけは？

- 電話帳 インターネット 知人の紹介 他院からの紹介
その他（ _____）

6. その他ご質問など