

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 尿失禁 排尿痛 残尿感 尿が出にくい血尿 腹痛 腰痛健診で異常 (内容: _____)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 (_____)婦人科疾患 (_____)

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. 現在妊娠中, あるいは妊娠の可能性はありますか (有・無)

6. 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 (_____)

7. その他ご質問など