【女性用】

診察を受けられる方へ

受診日　令和____年____月____日

ふりがな

名前 _____

住所 _____

電話番号 _____

Ⅰ. あなたの症状について当てはまるものに○印をつけて下さい。

・尿の回数が多い【　】　・尿をする時痛い【　】　・残尿感がある【　】
・尿が出にくい【　】　・尿道から膿が出る【　】　・尿がもれる【　】
・尿が全く出ない【　】　・熱が出る【　】　・腰が痛い【　】
・下腹部が痛い【　】　・血尿が出る【　】　・尿潜血といわれた【　】
・その他（　　）

その症状はいつからですか？　____月　____日　頃より

Ⅱ. 次の質問にあてはまるものに○印をつけて下さい。

・薬や食べ物にアレルギーがある【　】→（　　）
ない【　】

Ⅲ. 他の病院にかかっていますか

・いる【　】　_____病院　　病名は_____
・いない【　】
・紹介状をお持ちですか？　ある【　】ない【　】

Ⅳ. いままで入院や手術を受けた事がありますか？　ある【　】ない【　】

_____才の時　病名_____　病院名_____
_____才の時　病名_____　病院名_____
_____才の時　病名_____　病院名_____

※.妊娠していませんか？　いる【　】いない【　】わからない【　】

・最終月経はいつですか____月____日頃。　出産は____人
・閉経された方へ　何歳頃_____歳。　出産は____人

【男性用】
診察を受けられる方へ

受診日　令和＿＿年＿＿月＿＿日

ふりがな
名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅰ．あなたの症状について当てはまるものに○印をつけて下さい。

・尿の回数が多い【　】　・尿をする時痛い【　】　・残尿感がある【　】
・尿が出にくい【　】　・尿道から膿が出る【　】　・尿がもれる【　】
・尿が全く出ない【　】　・熱が出る【　】　・腰が痛い【　】
・睾丸がはれている【　】　・睾丸が痛い【　】　・精液に血が混じる【　】
・下腹部が痛い【　】　・血尿が出る【　】　・尿潜血といわれた【　】
・その他（　　）

その症状はいつからですか？　＿＿月　＿＿日　頃より

Ⅱ．次の質問にあてはまるものに○印をつけて下さい。

・薬や食べ物にアレルギーがある【　】→（　　）
ない【　】
・手術希望　→　・パイプカット【　】・　包茎【　】・　その他【　　】
・不妊、性機能の相談【　】（　　）
・ED治療（バイアグラ・レビトラ・シアリス）を希望する【　】

Ⅲ．他の病院にかかっていますか

・いる【　】　＿＿＿＿＿＿病院　　病名は＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
・いない【　】
・紹介状をお持ちですか？　ある【　】ない【　】

Ⅳ．いままで入院や手術を受けた事がありますか？　ある【　】ない【　】

＿＿＿才の時　病名＿＿＿＿＿＿＿＿　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿才の時　病名＿＿＿＿＿＿＿＿　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿才の時　病名＿＿＿＿＿＿＿＿　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿