

診察を受けられる方へ 【男性用】

受診日 ____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。

- ・薬や食べ物のアレルギー ない【 】
ある【 】 → (_____)
- ・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 いない【 】

・いる【 】 → _____ 病院 病名は _____
内服中の薬 _____

・紹介状をお持ちですか？ ある【 】 ない【 】

IV. 特定健診受診歴 ある【 】 ない【 】

V. 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 _____

※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

診察を受けられる方へ 【女性用】

受診日 ____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。

- ・薬や食べ物のアレルギー ない【 】
- ある【 】 → (_____)

III. 他の病院にかかっていますか いない【 】

- ・いる【 】 → _____ 病院 病名は _____
- 内服中の薬 _____

- ・紹介状をお持ちですか？ ある【 】 ない【 】

IV. 特定健診受診歴 ある【 】 ない【 】

V. 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 ____ 出産は ____人

※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。