【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事に○を付けて下さい。

・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【　】　・尿道から膿がでる【　】　・尿が漏れる【　】
・尿が全くでない【　】　・熱が出る【　】　・腰が痛い【　】
・睾丸が腫れている【　】　・睾丸が痛い【　】　・精液に血が混じる【　】
・下腹部が痛い【　】　・血尿が出る【　】　・尿潜血と言われた【　】
・その他【　　】

その症状はいつからですか？　＿＿月＿＿日頃より

Ⅱ.次の質問に当てはまる事に○を付けて下さい。

・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（　　）
・い　る【　】　＿＿＿＿＿＿病院　病名（　　）
・いない【　】
・紹介状をお持ちですか？　ある【　】・ない【　】

Ⅳ.今まで入院や手術を受けたことがありますか？

・ある【　】　＿＿＿才の時　病名（　　）　病院名（　　）
・ある【　】　＿＿＿才の時　病名（　　）　病院名（　　）
・ある【　】　＿＿＿才の時　病名（　　）　病院名（　　）

※お薬を飲まれている方はお薬手帳をお持ちいただくか薬名を記入してください

【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事に○を付けて下さい。

・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【　】　・尿道から膿がでる【　】　・尿が漏れる【　】
・尿が全くでない【　】　・熱が出る【　】　・腰が痛い【　】
・下腹部が痛い【　】　・血尿が出る【　】　・尿潜血と言われた【　】
・その他【　　】

その症状はいつからですか？　　月　　日頃より

Ⅱ.次の質問に当てはまる事に○を付けて下さい。

・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（　　）
・い　る【　】　＿＿＿＿＿＿病院　病名（　　）
・いない【　】
・紹介状をお持ちですか？　ある【　】・ない【　】

Ⅳ.今まで入院や手術を受けたことがありますか？

・ある【　】　＿＿＿才の時　病名（　　）　病院名（　　）
・ある【　】　＿＿＿才の時　病名（　　）　病院名（　　）
・ある【　】　＿＿＿才の時　病名（　　）　病院名（　　）

※妊娠はしていませんか？　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

※お薬を飲まれている方はお薬手帳をお持ちいただくか、薬名を記入してください。