

お薬手帳・紹介状等ございましたらご一緒に受付へお持ちください

フリガナ 氏名		性別	年齢	生年月日
		男 女	才	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住所	〒 -	電話番号		携帯電話
身長	cm	体重	kg	体温
				℃

① どのような症状で受診されましたか？
当てはまる症状すべてに○を付けてください

いつから()

- おしっこの出が悪い
- おしっこが赤い
- おしっこをする時に痛みがある
- おしっこを溜めているときに痛みがある
- おしっこが近い 昼____回/夜____回
- おしっこの後も残っている感じがする
- おしっこの漏れがある
- 痛いところがある
(背中 下腹部 辜丸) (右 左)
- 前立腺がんの心配がある
- 検診で尿潜血を指摘された
- 他の医療機関より紹介された

② その他、お困り症状はありますか？

いつから()

どのような

③ 現在、他院で治療中の病気はありますか？

- 高血圧
- 糖尿病
- 腎臓病
- 肝臓病
- 結核
- 喘息
- 緑内障
- その他
- 心臓病
- ペースメーカーあり/なし

*服用中のお薬 あり/なし

④ お薬・食べ物にアレルギーはありますか？
あり()
なし

⑤ 喫煙歴はありますか？
あり(1日____本 ×____年)
なし
喫煙していたがやめた

⑥ 大きな手術を受けたことがありますか？
あり ()
なし

⑦ *女性の方のみお答えください*
・現在、妊娠していますか？
はい いいえ 可能性あり 授乳中
・現在、生理中ですか？
はい いいえ

◎最後に、ご来院のきっかけを教えてください

ご家族・知人の紹介 看板を見て 近所だから

インターネットで見て 他院からの紹介

ご回答ありがとうございました