

# はじめて受診される方へ

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フリガナ

氏 名

生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_ 才)

郵便番号 〒

□□□□ - □□□□□□

性別 男・女 身長 ( \_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_ kg)

住 所

電 話

( )

1. どのような理由で来院されましたか？ 番号に○をつけてください。(いくつでも結構です)

- |               |                |                      |
|---------------|----------------|----------------------|
| 1. 尿が出難い      | 10. 陰部がかゆい     | 19. 検診や人間ドッグで異常と言われた |
| 2. 夜間の排尿が多い   | 11. 陰部に水疱がある   | 20. ED治療希望           |
| 3. 尿が近い       | 12. 陰部にできものがある | 21. 性病の心配            |
| 4. 尿が我慢できない   | 13. 睾丸が痛い      | 22. 精液に血が混じる         |
| 5. 尿が漏れる      | 14. 睾丸がはれている   | 23. 夜尿症              |
| 6. 排尿時に痛む、しみる | 15. 尿に血が混じる    | 24. 包茎手術希望           |
| 7. 残尿感がある     | 16. 下腹部痛がある    | 25. 小陰唇縮小術希望         |
| 8. 尿道からうみが出る  | 17. 背中、腰が痛い    | 26. パイプカット希望         |
| 9. 陰部がはれている   | 18. PSAが高い     | 27. その他 ( )          |

2. いつからその症状がありますか？

( ) 頃から)

3. 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けられたことがありますか。○をつけて下さい。

- ・いいえ ・ある 糖尿病・高血圧・心臓病・脳血管障害・腎臓病  
その他 ( )

4. 現在、内服しているお薬がありますか。 )

- ・いいえ ・はい ( )

5. 薬や食べ物で過敏症(アレルギー)や異常体質と言われたことがありますか。 )

- ・いいえ ・はい ( )

6. 女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか。 )

- ・いいえ ・はい ( )

7. 当クリニックを受診されたきっかけは？

1. インターネット 2. 家族・知人の紹介 [ ( ) 様から ]  
3. 医院・病院の紹介 [ ( ) 医院(病院)から ] 4. 電話帳 5. 阪急の看板をみた  
6. クリニックビルの看板をみた 7. その他 ( )