

はじめて受診される方へ

平成 ____ 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 ()