

ふりがな		性別
氏名		(男・女)
生年月日(明治・大正・昭和・平成)	年 月 日	歳
住所(〒 -)	電話番号()	-
	緊急連絡先()	-
	職業	
施設をご利用の方のみご記入ください↓	身長	cm・体重 kg
施設名:	(入所中・ショート・デイ・訪問)	

思い当たる症状の の中に の記入をお願いします。

該当するものがなければ、その他欄に を記入し、症状も記入してください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 尿もれがある | <input type="checkbox"/> 陰部にできものができた |
| <input type="checkbox"/> トイレに行く回数が多い | <input type="checkbox"/> 陰嚢が腫れた |
| <input type="checkbox"/> 排尿後も残った感じがする | <input type="checkbox"/> 陰茎の先が腫れて痛い |
| <input type="checkbox"/> 急に尿がしたくなって困る | <input type="checkbox"/> PSAが高いといわれた |
| <input type="checkbox"/> 排尿後に痛みがある | <input type="checkbox"/> 性病が心配 |
| <input type="checkbox"/> 排尿中に痛みがある | <input type="checkbox"/> 排尿後、膿がでる |
| <input type="checkbox"/> 熱が出た | <input type="checkbox"/> 包茎かどうか心配 |
| <input type="checkbox"/> 目で見てわかる血尿がでた | <input type="checkbox"/> 子供ができない |
| <input type="checkbox"/> 血尿を指摘された | <input type="checkbox"/> 勃起障害について相談したい |
| <input type="checkbox"/> 腰・背部痛がある(右・左) | <input type="checkbox"/> 包茎手術・パイプカットなどの手術希望 |
| <input type="checkbox"/> 尿路結石があるといわれた | <input type="checkbox"/> 他院での治療を、当院で継続希望 |
| <input type="checkbox"/> 陰部に違和感がある | <input type="checkbox"/> その他() |



*症状はいつから出ていますか? (から)

*今回の症状で他院は受診されましたか? はい いいえ

受診した病院名 ()

その時処方された薬名 ()

*排尿についてお伺いします。症状が出始めてからのことをお聞きます。

- ① 起きている間、何回くらい排尿しますか? (回くらい)
- ② 寝ている間は、何回くらいトイレに起きますか? (回くらい)
- ③ 尿意を感じると、トイレまで間に合わないことがありますか? 有・ 無
- ④ 普段、尿漏れすることがありますか?
 ない 時々ある 毎日ある 1日に数回ある
- ⑤ 尿は勢いよくでますか? はい いいえ
- ⑥ 排尿後、残尿感がありますか? いつもある 時々ある 残尿感はない
- ⑦ 排尿しようとしても実際にでるまで、時間がかかりますか? はい いいえ
- ⑧ 排尿後、腹圧をかけたり、手で下腹部を押さえたりしますか? はい いいえ

☆2枚目もありますので、引き続きご記入をお願いします。☆

*今までにかかった病気、もしくは現在かかっている病気はありますか？ なし あり

お薬を服用されている方は、薬名が分かるようでしたら記入をお願いします。

お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出してください。

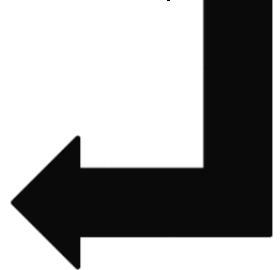
記入例: (アレルギー性鼻炎 (服用している薬名)) など

呼吸器疾患	高血圧	糖尿病	緑内障
()	()	()	()
心疾患	脳血管系	消化器系	その他
()	()	()	()

*血縁のご家族の方で大きな病気にかかったことのある方はみえますか？ なし あり

続柄・詳しい病名が分かるようでしたら()内に記入をお願いいたします。記入例: (父 大腸がん) など

高血圧	糖尿病	心疾患
()	()	()
脳血管系	呼吸器系	その他
()	()	()



*手術を受けたことがありますか？

なし

あり

→いつ頃()病名()完治・治療中

*市販薬、サプリメントは飲んでいますか？

飲んでいない

飲んでいる

→ 薬品名 ()

*アレルギーはありますか？

なし

あり

→ 何のアレルギーですか？

→

食べ物	()
動物	()
花粉・その他	()

*飲み薬、注射などで合わなかったものはありますか？

なし

あり

(いつ頃 薬品名 症状)

*お酒は飲みますか？

いいえ

はい

→ 種類()量()頻度()

*たばこは吸いますか？

いいえ

以前吸っていたがやめた

はい

→ いつから (歳) 1日の本数 (本)

*女性の方のみお伺いします

①月経について

順調 (周期 日 最終月経 / ~ /)

不順 (最終月経 / ~)

閉経 初潮前 手術で摘出(子宮・卵巣)

②現在、月経中ですか

はい いいえ

③現在、妊娠していますか

いいえ 否定できない

④現在、授乳していますか

はい いいえ

ご記入ありがとうございました。