

ふりがな		性別
氏名		(男・女)
生年月日:平成	年	月
	日	歳
住所(〒	-)
	電話番号(-
	緊急連絡先(-
	身長	cm・体重 kg

*どんな症状ですか?該当する症状にチェック(✓)をお願いします。

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 尿漏れがある | <input type="checkbox"/> 血尿を指摘された |
| <input type="checkbox"/> トイレに行く回数が多い | <input type="checkbox"/> 尿路結石があると言われた |
| <input type="checkbox"/> 排尿後も残った感じがする | <input type="checkbox"/> 陰部に違和感がある |
| <input type="checkbox"/> 急に尿がしたくなって困る | <input type="checkbox"/> 陰嚢が腫れた |
| <input type="checkbox"/> 排尿後に痛みがある | <input type="checkbox"/> 陰部にできものができた |
| <input type="checkbox"/> 排尿中に痛みがある | <input type="checkbox"/> 陰茎の先端が腫れて痛い |
| <input type="checkbox"/> 熱が出た | <input type="checkbox"/> 包茎手術を希望 |
| <input type="checkbox"/> 包茎かどうか心配 | <input type="checkbox"/> 他院での治療を当院で継続希望 |
| <input type="checkbox"/> 目で見てわかる血尿が出た | <input type="checkbox"/> その他() |



*症状はいつから出ていますか? (から)

*今回の症状で他の医療機関を受診されましたか?

- いいえ
- はい→医療機関名()

いつ頃受診しましたか?()

紹介状はありますか? はい いいえ

その医療機関で処方された薬はありますか? 無い ある

薬の内容 わからない 説明書持参

薬品名()

*排尿についてお伺いします。症状が出始めてからの状態をお聞きます。

- ずっとオムツをしているのでわからない

日中、何回くらいトイレに行きますか? (回くらい)

寝ている間はトイレに起きますか? 起きる 起きない

おしっこがしたい時トイレまで我慢できますか? はい いいえ

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

尿は勢いよくでますか? はい いいえ

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

☆2枚目もあります。引き続きご記入をお願いします。☆

1. 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。

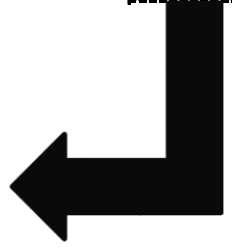
記入例: (アレルギー性鼻炎 (服用している薬名)) など

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記入お願いいたします。

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)

* 女の子のみお伺いします

* 月経について
 順調 → (周期 日 最終月経 / ~ /)
 不順 → (最終月経 / ~)
 初潮前

* 現在、月経中ですか はい いいえ

ご記入ありがとうございました。