

泌尿器科初診時間診票

ご記入日 年 月 日

| | | | |
|-----------------|---|--|---|
| フリガナ | | 生年月日 | T/S/H 年 月 日 ()歳 |
| お名前 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| ご住所 | 〒 | 自宅電話 | |
| | | 携帯電話 | |
| 当院から連絡しても良いご連絡先 | | <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時～時) | |

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答え下さい

●来院された主な理由を教えてください

相談・治療 健診 診断書 検査 その他()

●どのような症状ですか？

発症日： 月 日から

尿が近い → 日中 夜間 一日中

尿の出が悪い、勢いが無い

排尿後、残尿感がある

排尿時に痛みがある

下腹部が痛い

血尿が出る(尿が赤い)

健診で血尿と言われた

睾丸が腫れている、痛みがある

尿道から膿が出る

ED(勃起障害)

男性更年期障害を疑っている

腰痛がある → 右 左

※上記の症状に当てはまらない場合はこちらへご記入下さい

●現在治療中の病気はありますか？

なし ある → ()

●今までに、病気、入院、手術をされたことはありますか？

なし ある → ()

●今、飲んでいるお薬はありますか？

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

なし ある → ()

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし ある → ()

●女性の方へ

妊娠の有無 なし あり 授乳中ですか？ いいえ はい

*ご記入ありがとうございました。