

診察を受けられる方へ

お名前 _____ 様 男・女 受診日 _____ 年 月 日

1、本日はどのような症状で来院されましたか。

※1～6番に○をされた方は別に問診票があります。

- ① 尿路結石の疑い
- ② 排尿に関すること 1.尿が近い 2.尿の出が悪い 3.尿漏れ
- ③ 性感染症(性病)の疑い
- ④ 夜尿症(おねしょ)
- ⑤ 性機能障害・男性更年期 (どちらかに○を付けて下さい)
- ⑥ 膀胱炎・前立腺炎症状 (排尿時の痛み、違和感がある)
- ⑦ 健診及び他院にて指摘項目あり
- ⑧ 前立腺がんの検査(PSAの採血)希望
- ⑨ 肉眼的血尿又は検診で血尿指摘
- ⑩ 腎機能低下(CKD)指摘 (腎臓内科診察希望)
- ⑪ ペニスに異常・包茎治療相談(どちらかに○を付けてください)
- ⑫ 不妊手術の希望・相談
- ⑬ その他の症状(_____)

2、現在、他の病院におかかりですか。 はい(通院中・入院中)・いいえ
 おかかりの医療機関名 (_____)

3、現在内服中のお薬がありますか。 はい・いいえ
 薬の名前がわかる方は下記にご記入下さい
 ※薬の名前が書かれたものをお持ちの方はご提示下さい

4、今までにかかった病気はありますか。

年 月	病名・手術名	病院名

5、薬 食べ物でアレルギーがありますか。 はい・いいえ
 はいの方は薬名、症状など詳しくご記入下さい

6、※女性の方のみお答え下さい

最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日頃
 妊娠の可能性 _____ あり・なし

7、当院をお選びになられた理由をお答え下さい。 (複数回答可)

- ① 医療機関からの紹介 医療機関名(_____)
- ② ご家族 知人からのお薦め
- ③ メディアの紹介 (ホームページ ・ 雑誌や新聞広告 ・ 電話帳)
- ④ その他