

# 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스에異常・包茎治療相談 (どちらかに○を付けて下さい)
- 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  
“はい”の方で、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. **薬や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)**

- ・ 医療機関からの紹介：医療機関名 ( )
- ・ ご家族・知人からのお薦め ・ ホームページ ・ テレビ番組 ・ 市民公開講座
- ・ すばいす ・ 電話帳 ・ その他 ( )