

かな	大	昭	平	令	年	月	日	性別	男・女
氏名	生年	月日	令				(歳)	
〒					自宅			携帯電話	
住所	電話	番号							
	身長		cm	体重				kg	

1) いつ頃から症状が始まりましたか？ ()

2) お困りの症状に○を付けてください。

検診で異常を指摘された(PSA 尿潜血 尿たんぱく 尿中白血球 超音波異常)

腰背部痛 下腹部痛 排尿時痛 熱が出た 尿の回数が多い 尿が出にくい

尿の勢いが弱い 尿が残った感じ 血尿 尿道不快感 尿がもれる

その他()

【男性】

睾丸の症状(腫れ 痛み 熱感) ペニスの症状(腫れ 痛み 赤み かゆみ 膿(うみ)が出る)

勃起障害(ED) できもの 性病検査希望()

包茎の相談 男性更年期障害の相談 不妊治療の相談

【女性】

下着に血がついた 外陰部に何かふれるものがある かゆみ ただれ

3) 既往歴

◎今までに手術をしたことがありますか？

ない ある (いつ頃、何の手術をされましたか？)

◎今までに大きな病気、入院をしたことがありますか？また、現在治療中の病気はありますか？

ない ある (ある方は、当てはまるものに○を付けて下さい)

がん()

腎・尿管結石 前立腺肥大症 膀胱炎 腎臓病 肝臓病 心臓病

脳卒中 高血圧 糖尿病 高脂血症 緑内障 その他()

4) 今、通院されている医院・病院があれば記入してください。

5) いつも飲まれている薬がありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付へご提出ください。

ない ある (薬名:)

※裏面のご記入もお願いします⇒

6) ご家族(血縁関係、他界された方も含めて)に以下の病気の方がいますか？

いない

いる (いる方は、当てはまるものに○を付けて下さい)

がん() 腎・尿管結石 前立腺肥大症

7) いままで身体に合わなかったものはありますか？

ない

ある (ある方は、当てはまるものに○を付けて下さい)

薬() 食べ物() アルコール消毒 テープ類

8) タバコを吸われますか？

* 吸う:1日()本、()年間

* 以前吸っていたがやめた:1日()本、()年間吸った、やめて()年

* 全く吸わない

9) 当院をどのようにして知りましたか？

* 電話帳で見たから

* 親戚・知人の紹介または評判で

* インターネット

* 医師の紹介で

* 通りがかり

* ホームページ

* その他()

10) 現在、医療機関等に入院、入所されていますか？

いいえ はい (病院・施設名)

11) 女性の方のみご記入ください

現在、妊娠の可能性はありますか？

ない ある わからない

現在授乳中ですか？

いいえ はい

※こちらの内容は、当院の診療以外に使用することはございません。

しおつか泌尿器科クリニック