

かな	明	年	月	日	性別	男・女
氏名	生年 月日	大 昭 平			( 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

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