

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日

大 昭 平 令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所

〒 \_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

携帯電話

\_\_\_\_\_

お付き添い

\_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 連絡先 \_\_\_\_\_

## 1. 本日は、どうされましたか？

 頻尿である  残尿感がある  尿の勢いが悪い  排尿時に痛い  膀胱炎を繰り返す 血尿が出た  腎・尿管結石  背中が痛い  ED薬（男性）の相談・処方 性病検査  膿が出る  局部のかゆみ  その他 ( \_\_\_\_\_ )

その症状はいつ頃からですか？ ( \_\_\_\_\_ )

## 2. 排尿は一日何回ですか？

朝から就寝まで ( \_\_\_\_\_ ) 回

就寝後 ( \_\_\_\_\_ ) 回

## 3. 現在、この症状で治療を受けていますか？

・はい (病院名 \_\_\_\_\_) ・いいえ

## 4. 現在、治療中の病気はありますか？

・はい (病名 \_\_\_\_\_) ・いいえ

「はい」とお答えの方、どちらでどのような治療（薬も含む）をされていますか？

・どちらで (病院名 \_\_\_\_\_)

・投薬治療 (お薬名 \_\_\_\_\_) ・経過観察 ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

・はい (病名・手術名 \_\_\_\_\_) いつ頃 \_\_\_\_\_ )

・いいえ

## 6. 今までに、薬に対して異常反応がありましたか？

・はい (お薬名 \_\_\_\_\_) ・いいえ ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 7. 当院をどのようにして知りましたか？

 以前来院したことがある 近くに住んでいる、近くに勤めている 家族が当院にかかっている 知人に薦められた (紹介者 \_\_\_\_\_) 他の病院からの紹介 当院のホームページを見た 看板、広告を見た その他 (具体的に \_\_\_\_\_)

## 【 女性の方に質問です 】 -----

現在妊娠していますか？また、妊娠している可能性がありますか？

・はい

・いいえ

妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) 回 ・ 出産 ( \_\_\_\_\_ ) 回