

# はじめて診察をうけられる方に

住 所	〒□□□-□□□□	
フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 才)
電 話	自宅 携帯	勤務先

1. 今日、当院に来られたのはどういう理由ですか。次の中からあてはまるものがあれば○を付けて下さい(○はいくつでもかまいません)。またあてはまるものが無い場合は空欄に書いて下さい。

- 1) 尿が出にくい 2) 尿の勢いがなく、尿の線が細い 3) 尿の切れが悪い 4) 残尿感がある  
 5) 尿の回数が多い 6) 夜中に何度もトイレに行く 7) 尿がもれる 8) 尿に血がまじる 9) 尿に血が混じると言われた 10) 尿をすると痛む 11) 夜尿症(おねしょ) 12) 腰が痛い 13) お腹が痛い 14) 熱がある 15) 性病の心配 16) ED(インポテンツ) 17) 不妊症 18) 睾丸・おちんちんが腫れている、または痛む

( )

2. それはいつ頃からですか

- 1) 今日 2) 昨日 3) ( ) 日前 4) ( ) 月前 5) ( ) 年前

3. 一日の尿の回数はだいたい何回ぐらいですか

1. 日中(目覚めている間) ( ) 回 2. 夜間(眠っている間) ( ) 回

4. 今までに薬や注射で異常がありましたか

1. ない 2. ある

- ① 抗生物質 ② 局所麻酔剤 ③ レントゲンの造影剤 ④ 鎮痛剤  
 ⑤ その他 ( )

3. それはどのような異常でしたか ( )

5. アレルギーはありますか

1. ない 2. ある(具体的に: )

6. 女性の方へ あてはまるものがあれば○をつけて下さい

1. 妊娠中 2. 授乳中 3. 生理中

7. 現在治療中の病気、これまでにかったことがある病気があれば○を付けて下さい

心臓病 高血圧 脳卒中 糖尿病 喘息 腎臓病 肝臓病 結核 泌尿器の病気  
 これ以外の病気や受けた手術などがあれば書いて下さい

( )

8. 現在のんでいる薬はありますか

1. ない 2. ある

(のんでいる薬を書いて下さい: )

この用紙は、当院での医療に関する事のみ利用させていただきます。