

泌尿器科受診の方へ

氏名：	年齢： 歳	性別： 男 ・ 女	生年月日： 年 月 日
-----	-------	-----------	-------------

1. 今日、どのような症状で来院されましたか？ あてはまるものにいくつでもチェックをつけて下さい。

☐発熱

☐腹痛

☐尿の回数が多い

☐尿が漏れる

☐尿が出にくい

☐尿が出ない

☐排尿時に痛み

☐残尿感がある

☐膿やおりものが出る

☐血尿が出る

☐吐き気がある

☐結石の疑いがある

☐睾丸のはれ、痛みがある

☐陰部や周囲にかゆみ、痛みがある

☐性行為感染症の疑いがある

☐勃起障害

☐健康診断や検査で受診を勧められた (症状：)

☐他の医療機関からの紹介 (医療機関名：)

☐その他：()

2. その症状はいつ頃からですか？

3. 現在治療中の病気はありますか？

☐ある 病名：

☐ない

4. 現在飲んでいるお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は提示して下さい)

☐ある お薬の種類： (※わかる範囲で結構です)

☐ない

5. 過去にかかった病気はありますか？

☐ある 病名：

☐ない

6. お薬のアレルギーはありますか？

☐ある お薬の種類： (※わかる範囲で結構です)

☐ない

7. (女性の方)該当する項目にチェックをつけて下さい。

☐生理中

☐妊娠中

☐授乳中

ご協力ありがとうございました。
記載後は受付にご提出下さい。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

受付

/