

◆ご記入にご協力ください。(該当するところ全てに○をつけて下さい)

フリガナ			生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	ご年齢
お名前	(男・女)							歳
住所	〒 -							
	電話： ()		携帯： ()					
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯電話、 <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> その他 ()							
緊急連絡先	お名前 (続柄)	()	電話番号	()				

当院を知った きっかけは 何ですか？ (✓を記入)	<input type="checkbox"/> 看板 (駅看板 道路看板 パルテきたこし看板 バス) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ご紹介 ご紹介者のお名前 () <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> スマホで検索 <input type="checkbox"/> 前を通過して知っていた <input type="checkbox"/> 以前から先生を知っていた <input type="checkbox"/> その他
------------------------------------	--

1. 症状についてお聞かせください。

いつ頃から : 年 月 日ごろ

症状・経過

◆気になることは何ですか？

尿に血が混じる・排尿時痛い・尿が近い・尿が漏れる・残尿感がある・尿が出にくい、全く出ない
 トイレが我慢できない・PSAが高いと言われた・ED・性病の心配
 その他 ()

2. 今までの病歴についてお聞かせください(該当するものに○をお付けください)

病気 (治療中を含む)	高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・その他 ()		
手術歴	なし・あり ()		
ぜんそく	なし・あり		
薬のアレルギー	・あり 薬剤 ()	その他のアレルギー	()
	・なし		

3. 現在飲んでいるお薬をお聞かせください。※お薬手帳・他の病院の検査結果をお持ちの方は受付にお出し下さい。

(男性の方にお聞きします)

◆女性スタッフの同席について (同席してもいい・同席しないで欲しい)

(女性の方にお聞きします)

①妊娠、またその可能性はありますか？ (はい・いいえ)
 ②生理中ですか？ (はい・いいえ)

4. ご質問等がございましたらご記入ください。

【医院使用欄】蛋白質 () PH () 比重 () 潜血 () ブドウ糖 () 白血球 () A202411

※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おります。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いたします。