

ももはらクリニック 診察申込書 泌尿器科用

No. _____

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
お名前	男・女	明・大・昭・平・令	満 歳
		年 月 日生	
ご住所	〒 - - TEL: - - 職業:		

(下記に当てはまる所に記入してください)

■今日はどんな症状で来院されましたか。

- () おしっこが近い () おしっこすると痛い。不快感がある
 () おしっこの出が悪い () 腹や腰、背中に痛みや重苦しさがある
 () おしっこがもれる () 尿道から膿(うみ)が出る
 () おしっこに血が混ざる () 陰部にできものがある
 () その他の症状 ()
 () 他の病院や医院から受診を勧められた(内容:)
 () 検診や人間ドックで異常があった ()
 (異常の内容:)
 () ED 治療について相談事がある
 () AGA 治療について相談事がある
 () その他の相談事がある ()

■現在、服用中の薬又は常備薬がありますか。

ない ある ()

■今までにかかった病気はありますか。

ない ある ()

① 高血圧 ② 心臓病 ③ 肝臓病 ④ 糖尿病 ⑤ 高脂血症 ⑥ その他

■喘息や花粉症、じんましんなどのアレルギーがありますか。

ない ある(病名:)

■薬や注射、検査などにより副作用やアレルギー反応が出て具合が悪くなったことがありますか。

ない ある(病名:)

■成人の女性の方へ：現在妊娠されていますか。

いいえ はい わからない

■喫煙歴：現在吸っている ・ 過去に吸っていた(禁煙 年)

_____本/日 × _____年

■飲酒歴：一日あたり_____

■どのようにして当院をお知りになりましたか？

チラシ、看板、知人やご家族のご紹介(ご紹介者:)、
 当院のホームページ、その他インターネット、電話帳、その他()