

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

1. 本日当クリニックを受診された理由

いつ頃から( \_\_\_\_\_ )

どのような症状がありましたか

尿がでにくい 血尿 尿漏れ 排尿時痛 背部痛(右 左)

頻尿 (夜間に多い 1日を通して多い) 他院からの紹介 検診ですすすめられて

自費(性病検査・ブライダルチェック・ED・AGA・プラセンタ・にんにく注射)

2. 朝起きてから、寝るまでの間の排尿回数 ( \_\_\_\_\_ 回)

夜寝てから朝起きるまでの排尿回数 ( \_\_\_\_\_ 回)

3. 今までにわずらったことのある病気、現在他の病院で治療を受けている病気があればチェックしてください

糖尿病 心臓の病気 脳梗塞、脳出血などの脳の病気 腎臓の病気

喘息 透析 結核

がん (どこの部分のがんですか: \_\_\_\_\_ )

手術 (いつ頃、どのような手術を受けましたか \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 現在内服されている薬があれば書いてください お薬手帳の持参:あり なし

薬の名前、処方されている病院、クリニックなど

血をサラサラにする薬(抗凝固薬)を内服されていますか はい いいえ

5. 以下の質問に該当するところにチェックしてください

アレルギー なし あり (薬・食べ物など \_\_\_\_\_ )

喫煙 なし あり ( \_\_\_\_\_ 本/日)( \_\_\_\_\_ 年間吸っている)

飲酒 なし あり (量は \_\_\_\_\_ ) (種類 \_\_\_\_\_ )