

初診日 令和_____

カルテ番号_____

フリガナ (_____)

お名前 (_____)

性別 : 男・女 生年月日 : 明・大・昭・平・令 年 月 日生

郵便番号 (〒 _____)

ご住所 (_____)

電話番号 (_____)

いつからどのような症状がありますか？

いつから？ (月 日から、今日、____日前、____週間前、____月前、____年前、
生来、それ以外 : _____)

排尿痛、尿が濁っている、尿道痛、尿道から膿が出る

尿が出にくい、残尿感、尿が近い、尿漏れ

尿が赤い、腹痛 (右腰、左腰、下腹部、 _____)、睾丸痛 (右、左)、

いぼ・おでき・発疹・かゆみ・痛み (陰茎、陰囊、股間、その他 _____)

健診で尿潜血、PSA が異常値、妻が性病 (クラミジアなど) と言われた、

男子不妊症 (精液検査希望)、包茎手術・パイプカット希望、ED、AGA。

この件で、すでに医療機関を受診しましたか。 (はい) (いいえ)

はいの方は、どこの病院でどんな治療を受けましたか。

(_____)

当てはまる項目がない方は以下にお書きください。

(_____)

現在治療中の病気。

1) 緑内障 2) 心臓病 3) 糖尿病 4) 高血圧 5) 癌 (_____)

5) その他 (_____) 6) 手術や入院 (_____)

内服中の薬 (マイナ受付された方・お薬手帳を持参された方は記入不要)

(_____)

副作用の出た薬はありますか？ (有) (無)

有りの場合 : 薬品名 (_____)

女性の方へ。

妊娠中ですか？ (はい) (いいえ)

授乳中ですか？ (はい) (いいえ)