

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 (お薬手帳を持参されていれば記入不要)

( \_\_\_\_\_ )

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)