

泌尿器科問診票

フリガナ
氏 名 _____ 年齢 _____ 才 男・女 _____

院内でお呼びするときお名前でお呼びしてよろしいですか 名前希望 _____ 番号呼び希望 _____

〒 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

日中ご連絡の取れる電話番号 _____

該当するものに○をつけて下さい。

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 排尿痛 | <input type="checkbox"/> 尿が漏れる |
| <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い |
| <input type="checkbox"/> 排尿回数が多い | <input type="checkbox"/> 尿が出てくるまで時間が掛かる |
| <input type="checkbox"/> 尿が出ない | <input type="checkbox"/> 尿が出始めてから出終わるまでに時間が掛かる |
| <input type="checkbox"/> 尿道から膿が出る | <input type="checkbox"/> 精液に血が混じる |
| <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> 睾丸痛 |
| <input type="checkbox"/> 尿を我慢できない | <input type="checkbox"/> 睾丸がはれている |
| <input type="checkbox"/> 背部～側腹部痛 | <input type="checkbox"/> パイプカット希望 |
| <input type="checkbox"/> 性病の検査希望 | <input type="checkbox"/> パイアグラ、レビトラについて聞きたい |
| <input type="checkbox"/> おりものが多い | <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい |

体に合わない薬があれば書いて下さい。(_____)

現在妊娠している可能性はありますか？ 有・無 (○をして下さい。)

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？ (○をして下さい。)

- | | | |
|-----------|--------------|----------------|
| 1、インターネット | 2、電柱広告 | 3、当院の看板 |
| 4、他院からの紹介 | 5、チラシ・リーフレット | 6、紹介(家族・職場・知人) |
- (院名: _____)

ご協力ありがとうございました。