

フリガナ

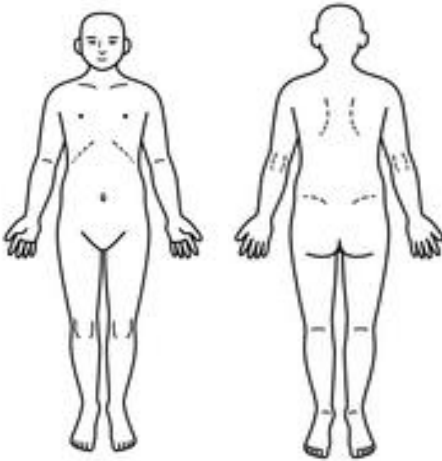
氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別：男 / 女

【院内でお呼びする時は？ 名前がいい / 番号呼び希望】

生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話番号： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

**▼今日はどうされましたか？気になる部位や症状を○で囲ってください**



**▼症状はいつからでしょうか？**

かゆい / 痛い / にきび / 肌があれている  
しみ / いぼ / 毛が抜ける / じんましん  
のどの痛み・不快感

※のどの検査希望の方は

診察前の飲料は摂らないで下さい

その他

**▼泌尿器疾患について該当するものを○で囲ってください**

排尿痛 / 残尿感 / 排尿回数が多い / 尿がでない / 尿が我慢できない  
尿が漏れる / 尿の勢いが弱い / 排尿に時間がかかる / 尿道がかゆい  
血尿 / 尿道から膿がでる / おりものが多い※女性 / 精液に血が混じる  
睾丸痛 / 睾丸がはれている / 背部～側腹部の痛み / 性病の検査希望  
パイプカット希望 / バイアグラ・シアリスについて

【体に合わない薬はありますか？ 有( ) / 無】

【現在妊娠している可能性はありますか？ 有 / 無】

**▼当院をどこでお知りになりましたか？**

当院のサイト Google 検索 当院の看板・ポスター 知人の紹介  
他院からの紹介(病院名: \_\_\_\_\_) その他( \_\_\_\_\_ )

**ご記入ありがとうございます 受付にお渡してください**