

診察を受けられる方へ

受付日 年 月 日
[受付時間 :]

以前来院 有 (約 年前)

★まったく初めての方へ・・・当病院は何でお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 紹介状有	フィルム 有り (CD-R) ・ 無	<input type="checkbox"/> タウンページ	<input type="checkbox"/> インターネット
<input type="checkbox"/> 紹介者有	(先生・様)	<input type="checkbox"/> 近所	<input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ		生年月日	明 ・ 大 年 月 日 昭 ・ 平 (才)
氏 名	男 ・ 女	電話番号	自宅 - - 携帯 - - 勤務先 - -
住 所	〒 - -		

★あてはまるところに☑チェックを入れてください。

(1) 今日はどうなさいましたか？

- トイレが近い 尿が出にくい 尿が漏れる 残尿感がある 血尿
痛みがある () 性病の検査 検診の結果 勃起不全(ED)
その他 () その他 ()

※それは、いつごろからですか？ ()

(2) アレルギーについてお尋ねします

①アレルギーはありますか？ (食物についてもご記入ください)

ない ある

- 1.ジンマシン 2.喘息 3.アレルギー性鼻炎 4.花粉症
5.アトピー性皮膚炎 6.食物 牛乳 他 () 7.他 ()

②薬・造影剤・食事などで湿疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？

ない ある ※い つ ご ろ :

※ 症 状 :

※薬品名・食物名:

③血縁者の方で、①②に該当される方がいらっしゃいますか？

ない ある []

(3) 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

- 喘息 心臓病 高血圧 腎臓病 肝臓病 糖尿病
緑内障 特異体質 その他 () その他 ()

(4) 現在 服用中のお薬はありますか？《本日お持ちでしたら受付でお出してください》

※お薬の説明書やお薬手帳でも結構です

ない ある

※薬品名：抗血栓剤 (血液をサラサラにするお薬)

他 ・ ・

◎女性の方へ

妊娠の可能性についてお尋ねします。可能性は…

ない ある 妊娠している (月)

◎診察の呼び出しの際、番号のみでの呼び出しを希望されますか？

いいえ はい

<input type="checkbox"/> 説明書有	<input type="checkbox"/> 手帳有
◆診療費明細書	
要 () ・ 不要	
◆問診者	<input type="checkbox"/>