

# はじめて診察をお受けいただく方へ

年 月 日

ふりがな お名前		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ( )歳		性別 男 ・ 女
ご住所 〒	身長	体重	連絡先	自宅
	cm	kg		携帯
				勤務先
当院は何で知られましたか？	<input type="checkbox"/> 医院の看板を見て(ルシオーレ) <input type="checkbox"/> 医師の紹介状 <input type="checkbox"/> 医院の看板を見て(路線バス) <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 医院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者: )様			

どうなさいましたか (来られた目的・症状など)				
その症状はいつごろからですか	( )日前頃 ( )ヶ月前頃 その他( )			
排尿状態について、あてはまる 症状があればチェック願います	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い <input type="checkbox"/> 尿が漏れる <input type="checkbox"/> 排尿後も尿が残った感じがする <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い 起きているとき( )回 寝てから( )回			
現在(または最近まで)服用 している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>【ある方】</b> ・薬名( )    ・いつから( )年 月頃			
右記の病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>【ある方】</b> <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(ガン) <input type="checkbox"/> 性感染症 <input type="checkbox"/> その他( )			
手術を受けられたことはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>【ある方】</b> 術名( )    ・いつ頃( )年 月頃			
現在、内科等他科の医院に 通院されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<b>【“はい”の方】</b> ・病院名( )    ・科目名( )科			
副作用の出た薬はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>【ある方】</b> ・薬名( )    ・症状( )			
特異体質やアレルギーは？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>【ある方】</b> <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他( )			
これまでに造影剤を使った検査を 受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>【ある方】</b> その際に異常は <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった		
これまでに局所麻酔での処置を 受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>【ある方】</b> その際に異常は <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった		
現在妊娠していませんか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性はある    最終月経は( )年 月頃			
その他気になることは ありますか				