

No. _____

_____年____月____日

* 診察前に、尿の検査をする場合がありますので、排尿せずにしばらくお待ちください。

ふりがな		男 ・ 女	大正 昭和	年 月 日生
氏名			平成 令和	歳 ヶ月
住所	〒(-)		Tel(- -) 携帯(- -)	

お子様は体重をご記入ください。体重()kg

下記の項目について、あてはまるところに ○ または記入してください。

- いつ頃からどのような症状ですか。 → いつ頃から()
→あてはまる症状は
頻尿・残尿感・血尿・排尿痛・尿もれ・排尿困難・夜間頻尿・おもらし・おねしょ・包茎・腰痛・背部痛・下腹部痛・検診の結果にて再検・性病検査
(部位: ペニス・陰のう・睾丸) 赤み・はれ・ただれ・かゆみ・痛み・できもの・膿が出る
(その他の症状)

- 【自費診療】前立腺がん検診・勃起障害(ED)・男性型脱毛(AGA)・男性更年期障害(LOH症候群)

- 現在、治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)
→ はいの方 (病名)
(内服薬)
※マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方を除き、記載は省略可能です。

- 過去に診断された病気はありますか。(はい・いいえ)
→ はいの方
腎盂腎炎・膀胱炎・結石・前立腺炎・緑内障・高血圧・心臓病(その他)

- ご職業は何ですか。
→ ご職業 _____ (学生の方は、 _____ 年生)

- 薬や食物によるアレルギーはありますか。(はい・いいえ)
→ はいの方 具体的に()

- 女性の方にお聞きします。
→ 生理中・授乳中・妊娠中(週)・妊娠の可能性(あり・なし)

- その他、伝えておきたいことがございましたらご記入ください。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。◆医療情報システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算① 3点、加算② 1点(マイナ保険証を利用した場合)