

年 月 日

お名前 年齢 男 ・ 女

ご住所 〒 電話番号

携帯電話

① 今日はどうされましたか？あてはまるものにチェックをしてください。

- トイレが近い → 昼間 夜間 昼も夜も
- 排尿時の痛み 血尿
- トイレの我慢がききづらい（尿意を感じるとすぐ行きたくなる）
- 尿がもれる
- 熱がある 腰痛 右・左

その他具体的な症状を記入してください。

② ①の症状はいつからありますか？ _____

③ ①の症状について、当院を受診する前に相談した病院がありますか？

いいえ・はい 病院名 _____

④ これまでにかかった病気や受けた手術がありますか。 _____

⑤ 飲んでいるお薬がありますか？ _____

血液をさらさらにするお薬を飲んでいますか？ はい ・ いいえ

⑥ アレルギーがありますか？ ない

ある 具体的に _____

⑦ 輸血を受けたことがありますか ない・ある

⑧ 嗜好品についておうかがいします。

タバコ 吸わない・吸っていた・吸う 一日 本 × 年くらい

お酒 飲まない・付き合い程度・ほぼ毎日

コーヒー 好む・好まない

香辛料 好む・好まない 睡眠時間 _____ 時間

※クリニック使用欄

HT・DM・緑内障・喘息

造影剤

G

P

MP