ふりがな		性別	住所	〒
氏名		男・女		
			電話	自宅　　－　　－
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　才			携帯　　－　　－

当クリニックに訪れた理由と、症状をお答え下さい（当てはまる項目に〇をつけて下さい）。

1．排尿について

イ） 尿が出にくい
ロ） 尿が近い
ハ） 尿に血液が混じる
ニ） 残尿感がある
ホ） 漏れやすい
ヘ） 排尿時に痛みがある

2．痛みについて

イ） 腰部が痛い
ロ） 腹部が痛い
ハ） 外陰部が痛い
ニ） その他の痛みがある

3．その他の症状

（　　）

※痒み・皮膚の炎症のみの場合は先に受付にご一報ください。
近隣の皮膚科をご紹介する可能性があります。

4．熱について

イ） 高熱がある（　　℃）
ロ） 時々熱が出る
ハ） 現在熱がある（　　℃）

5．その他

イ） 分泌物がある
ロ） ソケイ部に不快感がある
ハ） 検査希望
ニ） ED

過去・現在の履歴をお答え下さい。

1．今までに大きな病気にかかったことがありますか？【 ある （病名　　）・ なし 】

2．アレルギーはありますか？【 ある （　　）・ なし 】

3．薬に対してアレルギー症状を起こしたことがありますか？【 ある （薬　　）・ なし 】

4．現在服用している薬はありますか？【 ある （　　）・ なし 】

└本日お薬手帳をお持ちでしたらお出しください。

当診療所は、何でお知りになりましたか？

イ） 病院の先生からの紹介（　　病院　　先生） / 紹介状 あり ・ なし
ロ） 医療関係者からの紹介（ 調剤薬局 ・ その他 ）
ハ） 知人（ 家族 ・ 親戚 ・ 友人 ）　　ニ） 看板 ・ 広告
ホ） 電話帳　　ヘ） ホームページ

ご記入いただきました申込用紙及び、提示していただきました保険証等の個人情報は、医療を提供する為に利用させていただきます。
詳しくは院内掲示をご覧下さい。当院では、患者さんに安心して医療を受けていただく為に、安全な医療をご提供するとともに、患者さんの個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。