



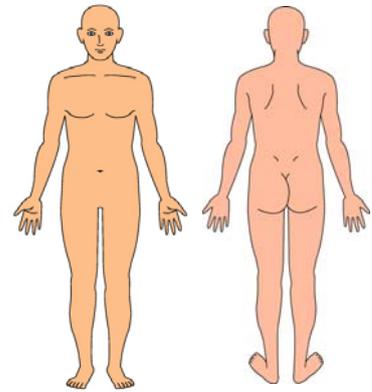
寺崎クリニック

お名前 () 生年月日:()昭和 平成 年 月 日
 郵便番号 () 電話番号 () 携帯番号 ()
 ご住所 ()

- 1) いつからのご症状ですか？ ()
 a) どのようなご症状がありますか？(泌尿器科・皮膚科的症状は次へ)

ご病気の場所に○をつけてください

- b) 泌尿器科的と考えられる場合(ご症状を○で囲ってください)
 血尿 尿が濁っている 残尿感 尿が出にくい 尿が近い
 尿漏れする 排尿痛 尿道痛 尿道から膿が出る
 痛みがある(背中 腰 辜丸 足の付け根) 包茎 ED
 c) 皮膚科的の症状と考えられる場合(ご症状を○で囲ってください)
 かゆみ 痛み 発疹 化膿 やけど
 けが じんましん 脱毛
 病気の場所はどこですか？(右図にお示し下さい)



- 2) 現在治療中のご病気 (ご病状・病名)
 お差し支えなければその医療機関名 ()
 使用中のお薬 ()

- 3) 今までにかかれたことのあるご病気を記入してください
 高血圧 脳卒中 糖尿病 心臓病 肺結核 胃潰瘍 十二指腸潰瘍
 泌尿器科または皮膚科のご病気 ()
 その他 ()

- 4) 日常生活等についてお答え下さい
 仕事時間 (時 ~ 時) 仕事内容 (座業 立ち仕事)
 食欲: 非常によい 普通 食欲なし 便通: 1日1回 便秘がち 下痢気味
 排尿: 普通 昼間近い 夜間2回以上
 睡眠: よく眠れる 寝つきが悪い 眠りが浅い
 飲酒: () 喫煙 ()
 アレルギー: ない ある(何に対して:)
 結婚: 未婚 既婚 その他
 現在妊娠の可能性(女性の方へ) ない ある わからない
 体温 (°C) (お熱がありそうな方はお申し出下さい)
 身長 (cm) 体重 (Kg)

- 5) お気づきのところがありましたらお書き下さい



寺崎クリニック院長

当院では個人情報を守り守秘義務を尽くします。ありがとうございました。
 裏に受診契機をお聞きしています。ご記入いただければ嬉しく存じます。

***** 受診契機についてお教えてください*****

- 1) ご紹介(ご紹介者のお名前:)
- 2) パソコン(グーグル・ヤフー) 検索ワード()
- 3) 携帯検索 検索ワード()
- 4) スマホ 検索ワード()
- 5) NTT 電話帳(タウンページ)
- 6) やすらぎの道看板 市立奈良病院前看板
- 7) 電柱看板
- 8) 通りがかり