初 診 申 込 書

年　　月　　日

フ リ ガ ナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年　月　日（　才）
氏　　名					
住　　所	□□□−□□□□				
電　　話	自宅（　　）　−		緊急連絡先 又は携帯電話	（　　）　−	

1. どのような症状で来院されましたか？ ○をつけてください。（いくつでも結構です）

1. 尿の出が悪い
2. 尿が近い
3. 夜間の排尿が多い
4. 尿が我慢できない
5. 排尿痛がある
6. 残尿感がある
7. 尿に血が混じる
8. 下腹部痛がある
9. 背中、腰が痛い
10. 尿が時々漏れる（咳、くしゃみ）
11. 検診や他の病院で異常と言われた
12. ED治療希望
13. 性病の心配
14. その他（　　）

2. 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けられたことがありますか。

・いいえ　　・ある　　糖尿病・高血圧・心臓病・脳血管障害・腎臓病
その他（　　）

3. 薬や食べ物で過敏症（アレルギー）や異常体質と言われたことがありますか。

・いいえ　　・はい（　　）

4. 現在、内服しているお薬がありますか。

・いいえ　　・はい（　　）

5. 女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか。

・いいえ　　・はい

6. 当クリニックを受診されたきっかけは？（さしつかえなければお教えください。）

1. 紹介〔　　様（病院）から〕　2. 通りがかり、看板を見て　3. 電話帳
4. チラシ広告を見て　5. インターネット　6. その他（　　）

―木下クリニック―　TEL（072）757−1133