

記入日

年 月 日

事務記入欄

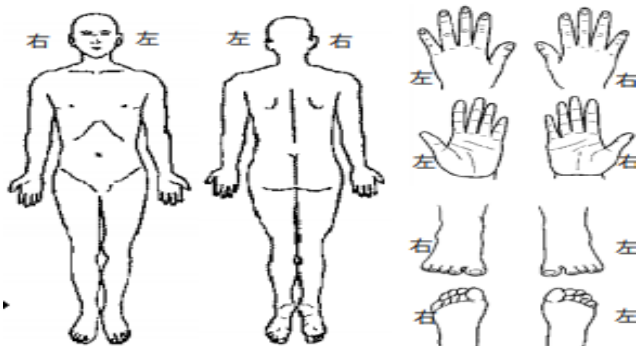
 展開済 展開未

ふりがな		体温 °C	生年月日 大・昭・平・令	年 月 日
氏名		男 ・ 女	電話番号	
〒	住所	携帯電話番号		

**皮膚科**の症状の方は下記にご記入ください。

いつから症状がありますか？(今日・昨日・数日前  
1週間前・2週間前1か月前・それ以上前)

2-1.症状がある場所を、下の図に○をつけて  
ください。



2-2.どのような症状ですか？○をつけてください。

発熱・かゆみ・痛み・かさかさ・ぼろぼろ・  
赤くなる・湿疹・水ぶくれ・やけど・切り傷・  
虫刺され・水虫・脱毛・いぼ・しみ・アトピー  
・診察室で医師に直接相談します

その他( )

3. 今回の症状に関して、他の病院にて治療を受けていますか？(ない・ある)

病院名( )

受診時期(数日前・数週間前・数か月前)

治療法( )

症状の状態(変わらない・悪くなった)

4. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気○をつけてください。

糖尿病・高血圧・喘息・胃潰瘍・心臓の病気・腎臓の病気・肝臓の病気・リウマチ・痛風  
脳梗塞・前立腺肥大症・がん・腫瘍・甲状腺の病気・緑内障・  
心療内科うつ・心療内科パニック障害・その他( )

5. 何かお薬は飲んでいますか？(ない・ある)(お薬名: )

6. 肝臓の機能、腎臓の機能が悪いと指摘されたことがありますか？

( ない・肝臓障害・腎臓障害 )

7. アレルギーを指摘されたことがありますか？(ない・ある 原因: )

8. 女性の方へ:妊娠の可能性もしくは授乳中ですか？( ない・妊娠中・授乳中 )

9. 当院受診のきっかけに○をつけてください。(紹介・通りがかり・電柱看板・ホームページ・インターネット)

**泌尿器科**の症状の方は下記にご記入ください。

いつから症状がありますか？(今日・昨日・数日前  
1週間前・2週間前・1か月前・それ以上前)

2. どのような症状ですか？

○をつけてください。

・痛み(お腹・側方・背中・した腹・陰部  
ペニス・睾丸)

・痛みのあるのは左右どちらですか？  
(右側:左側)

・発熱

・尿漏れ・尿が出にくい・排尿時痛い

・ペニスから膿がでる・尿が残る感じ

・尿が近い・血尿・下着に血液がつく

・検診での異常(尿潜血・尿たんぱく

PSAが高い・超音波での異常)

・陰部がかゆい

・勃起障害・男性更年期・脱毛

・診察室で医師に直接相談します

・その他( )