

ふりがな 氏名	生年月日 大・昭・平・西暦 年 月 日 (歳)	性別 男・女
電話番号 (自宅)	(携帯)	
〒 住所		

■症状にチェックを付けてください (複数可)。

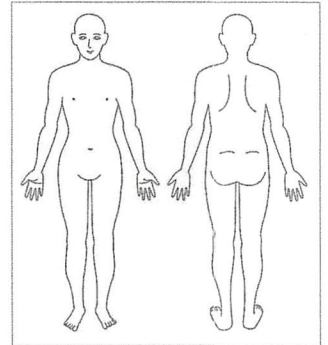
泌尿器科

排尿の異常 (頻尿・残尿感・尿もれ・夜間頻尿) 前立腺癌の相談 (PSA 高値など)

膀胱炎かも (急な排尿痛・急な頻尿・膀胱痛) 尿管結石かも (急な腰背部痛・下腹部痛)

血尿 性器の異常 (腫れている・膿が出る・できもの) 手術の相談

その他 ()



皮膚科 どこが? () ○をつけてください

痛い かゆい 発疹 腫れた

じんましん 手術の相談 レーザーの相談

その他 ()

内科

風邪の症状 (発熱・咳・鼻水・のどの痛み) 胃腸の異常 (腹痛・嘔吐・下痢)

生活習慣病 (高血圧・糖尿病・高脂血症) 呼吸器の異常 (喘息・気管支炎)

心臓の異常 アレルギー (鼻炎、花粉症)

その他 ()

その他の相談

検診 () 予防接種 ()

自費注射 (プラセンタ・ニンニク注射) 男性型脱毛 (AGA) EDの相談

その他 ()

■今回の症状はいつからですか

()

■現在治療中の病気と薬があれば教えてください (お薬手帳などを拝見できれば薬のご記入は不要です)。

なし あり ()

■薬や食べ物などのアレルギーがあれば教えてください。

なし あり ()

■いままで大きな病気にかかったことがありましたら教えてください。

なし あり ()

■女性の方へ…現在妊娠していますか (はい・いいえ・わからない)

■当院をお知りになったきっかけを教えてください。

ホームページ (検索 Yahoo Google その他:) 電柱広告 バス放送

雑誌 () 紹介 () 前院 (三木医院) を知っていた

その他 ()