

# はじめて受診される方へ

鹿子木クリニック

身長	cm	ふりがな お名前			
体重	kg	生年月日	年	月	日
		TEL	(	)	
		住所			

(1) どのような症状で受診されましたか。

- ・尿が出にくい
- ・尿の回数が多い
- ・尿がもれる
- ・痛みがある
- ・その他
- ・ED

(2) いつから、その症状がありますか。

[ ]

(3) 現在、他の医院、病院で投薬や治療を受けていますか。

- はい [ 高血圧、心臓病、糖尿病、喘息 ]
- [ その他 ]
- いいえ

(4) 今までに手術を受けたことがありますか。

- はい ・ いいえ

(5) 今までに薬や注射で副作用や気分が悪くなったことがありますか。

- はい [ 薬品名 ]
- いいえ

(6) アレルギーをおこしたことがありますか。

- はい ・ いいえ

(7) 女性の方にお聞きします。現在、妊娠している可能性はありますか。

- はい ・ いいえ