

お名前 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？  いいえ  はい
2. 本日の受診理由を教えてください。
- 排尿痛  残尿感  血尿  尿の勢いが悪い  尿が出ない  
 尿が近い  尿失禁  夜尿症  陰茎（おちんちん）が痛い  
 腰が痛い（右・左）  睾丸がはれている・痛い  性病検査  
 精液に血が混じる  勃起障害  健診で検査をすすめられた  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
3. その症状はいつからですか？（ \_\_\_\_\_ ）
4. この症状について、今まで他の医療機関で治療を受けていますか？  
 いいえ  はい → 治療内容（薬の名前など）（ \_\_\_\_\_ ）  
医療機関名（ \_\_\_\_\_ ）
5. 現在、治療中の病気がありますか？  
 ない  ある → （病名 \_\_\_\_\_ ）（医療機関名 \_\_\_\_\_ ）
6. 現在、飲まれているお薬はありますか？  
 ない  ある → お薬手帳をご提示ください（お持ちでない方はご記入ください）  
（お薬の名前： \_\_\_\_\_ ）
7. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか？  
 ない  ある → （病名 \_\_\_\_\_ ）（医療機関名 \_\_\_\_\_ ）
8. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？  
 ない  ある →  アトピー性皮膚炎  食べ物のアレルギー  アレルギー性鼻炎  
 薬のアレルギー（薬剤名： \_\_\_\_\_ ）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
9. 女性のみ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？  
 ない  ある 【出産予定日： 月 日】  授乳中である
10. 男性のみ 前立腺がん検診（PSA）を受けたことがありますか？  
 ない  ある →（ 年 月ごろ）
11. 最後に排尿されたのは何時ごろですか？  午前  午後（ \_\_\_\_\_ 時頃）