

(記入日: 年 月 日)

フリガナ	ID:
お名前	ご職業
生年月日 年 月 日	ご年齢 歳
〒 住所	
Tel(携帯電話)	症状はいつからですか 月 日~
症状をご記入下さい (例:頻尿である 残尿感がある 等)	
現在処方されている薬はありますか:ある・なし(お薬手帳ご持参の場合は記入不要です)	
お薬手帳持参:有・無	
今までにかかった病気、治療中の病気はありますか:ある・なし(あれば記入してください)	
薬やその他のアレルギーはありますか:ある・なし(あれば記入してください)	

【男性の方】症状のあるものに☑をつけてください

<input type="checkbox"/> 尿道から膿がでる	<input type="checkbox"/> 尿道が痛い・違和感がある
<input type="checkbox"/> 性交渉の相手がかわった	<input type="checkbox"/> 風俗などのお店に行った

【女性の方】

妊娠している はい・いいえ	授乳中である はい・いいえ
最終生理 月 日	~ 月 日

【お子様】

体重	Kg
----	----

ス 添 問 基



茅ヶ崎泌尿器科・皮膚科