

せきぐちクリニック[泌尿器科]診療申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	
氏名				年 月 日生(才)	
住所					
電話番号	当院からご連絡を差し上げる場合、さしつかえない電話番号を記入してください。				
職種		出身地		紹介状をお持ちですか	はい・いいえ

当院では、診療に必要なため保険証のコピーを取らせて頂いております。
(管理はカルテ同様に厳正にさせていただきます)

コピーに同意する・同意しない

本日、受診を希望される理由についてお聞かせください。
○を付けてください。(複数回答可)

- 血尿 (赤い血が出た)
- 尿が出にくい、勢いが悪い
- 尿失禁 (尿が漏れる)
- 排尿時の痛み
- 頻尿
- 性器の異常 (包茎)
- おねしょ
- ED (男性機能の異常)
- がん検査希望 (前立腺がん etc)
- 痛み (腰部、下腹部、陰のう部、その他)

それは、いつ頃からですか?