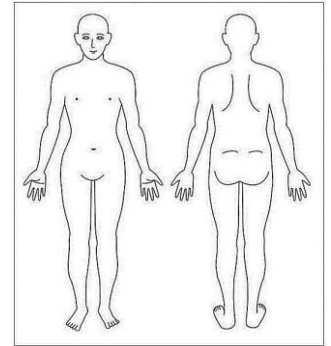


ふりがな 氏名	生年月日 大・昭・平・西暦 年 月 日 ( 歳)	性別 男・女
電話番号 (自宅)	(携帯)	
〒 住所		

## ■症状にチェックを付けてください (複数可)。

<b>泌尿器科</b>		
<input type="checkbox"/> 排尿の異常 (頻尿・残尿感・尿もれ・夜間頻尿)	<input type="checkbox"/> 前立腺癌の相談 (PSA 高値など)	
<input type="checkbox"/> 膀胱炎かも (急な排尿痛・急な頻尿・膀胱痛)	<input type="checkbox"/> 尿管結石かも (急な腰背部痛・下腹部痛)	
<input type="checkbox"/> 血尿	<input type="checkbox"/> 性器の異常 (腫れている・膿が出る・できもの)	<input type="checkbox"/> 手術の相談
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

<b>皮膚科</b>	どこが? ( ) ○をつけてください
<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> かゆい
<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 手術の相談
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 発疹
	<input type="checkbox"/> 腫れた
	<input type="checkbox"/> レーザーの相談



<b>内科</b>	
<input type="checkbox"/> 風邪の症状 (発熱・咳・鼻水・のどの痛み)	<input type="checkbox"/> 胃腸の異常 (腹痛・嘔吐・下痢)
<input type="checkbox"/> 生活習慣病 (高血圧・糖尿病・高脂血症)	<input type="checkbox"/> 呼吸器の異常 (喘息・気管支炎)
<input type="checkbox"/> 心臓の異常	<input type="checkbox"/> アレルギー (鼻炎、花粉症)
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

<b>その他の相談</b>		
<input type="checkbox"/> 検診 ( )	<input type="checkbox"/> 予防接種 ( )	
<input type="checkbox"/> 自費注射 (プラセンタ・ニンニク注射)	<input type="checkbox"/> 男性型脱毛 (AGA)	<input type="checkbox"/> EDの相談
<input type="checkbox"/> 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)。

■薬や食べ物などのアレルギーがあれば教えてください。

■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。

■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。		
<input type="checkbox"/> ホームページ (検索 <input type="checkbox"/> Yahoo <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> その他: )	<input type="checkbox"/> 電柱広告	<input type="checkbox"/> バス放送
<input type="checkbox"/> 雑誌 ( )	<input type="checkbox"/> 紹介 ( )	<input type="checkbox"/> 前院 (三木医院) を知っていた
<input type="checkbox"/> その他 ( )		