

つじ腎泌尿器科クリニック 受診票

(フリガナ)

お名前 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ 歳
〒 -

ご住所

自宅電話番号 () -

携帯電話番号 () -

●どのような症状で来院されましたか

●いつ頃からその症状はありますか

○ 今までに泌尿器科にかかったことがありますか

ある：当院 その他 ()
ない

○ 現在治療中の病気、投薬中の薬はありますか(薬の情報書等お持ちの方はご提示下さい)

ある ()
ない

○ 今までに大きな病気、手術をされたことはありますか

ある()
ない

○ 今までに薬、注射、食物で気分が悪くなったり、じんましん・アレルギーが出たことがありますか

ある ()
ない

○ 妊娠中(投薬、レントゲンに注意が必要)または生理中(尿検査に影響あり)ですか

はい(妊娠中、生理中) いいえ 不明