



フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳
住所	〒 _____		
電話番号	自宅	携帯	

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

尿が出にくい 尿の勢いが弱い 尿が残った感じがある 起きている間の尿の回数が多い  
寝ている間の尿の回数が多い トイレに間に合わない 尿に血が混じる 尿が泡立つ  
くしゃみ、咳、お腹に力を入れると尿がもれる 排尿時に痛みがある 尿道の先から膿が出る  
発熱 ( \_\_\_\_\_ °C) 鼻水・鼻づまり 咳・たん  
むくみ ( 全身 手 足 顔 まぶた その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
性病の検査希望 精液に血が混じる おねしょの治療 腰の痛み、結石治療  
睪丸の腫れ、痛み 陰茎の腫れ、痛み 男性更年期障害 ED(勃起障害)の治療  
検診で異常を指摘された ( 血尿 尿潜血 蛋白尿 前立腺がん検診 )  
その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

症状はいつ頃からありますか？ 約 ( \_\_\_\_\_ ) 日・週間・ヶ月・年前から

検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息  
脳卒中 がん(部位 \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ )

現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ )

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間 )  
禁煙した ( \_\_\_\_\_ 年前から。それまで喫煙 ( \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間 ) )  
飲酒：飲まない 飲む ( 週 \_\_\_\_\_ 日 ) 種類・量 ( \_\_\_\_\_ )

食べ物や薬・注射のアレルギー(気分が悪くなったり、じんましんが出たりする)はありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ )

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい ( 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 )

ご協力ありがとうございました。