



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。

- 紹介状あり 発熱 (_____ °C)
 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
 むくみ 性病の検査希望→症状がない場合は自費検査となります
 精液に血が混じる 腰の痛み、結石治療 睾丸の腫れ、痛み 陰茎の腫れ、痛み
 陰部の皮膚症状→皮膚科（女医）の診察を行うことがあります。希望しない方はお申し出ください。
 おねしょの治療 男性更年期障害 ED（勃起障害）の治療 男性不妊の相談
 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？ _____年 ____月 ____日 頃から

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、飲んでいるお薬はありますか？ お薬手帳がある方は提出してください。

- なし あり お薬手帳がない方は薬品名 (_____)

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 _____ 週 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。