フリガナ：

氏名：　　生年月日：　　（　　歳）**男性**

〒：

住所：　　電話番号：

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？◯をつけてください（いくつでも可）

（　　）尿の回数が多くなった
（　　）特に、夜の尿の回数が多い
（　　）尿の出が悪い
（　　）尿をするときに痛みがある
（　　）尿を出しても、まだ残っている感じがある
（　　）尿が漏れてしまう
（　　）尿が赤い、血が混じっている感じがする
（　　）腰や脇腹が痛い→左右どちらですか？（右・左）
（　　）下腹部の違和感がある
（　　）PSA（前立腺特異抗原）が高いと指摘された
（　　）前立腺の検査をしてほしい
（　　）性病の検査、治療をしてもらいたい
（　　）陰嚢が腫れている
（　　）10 日以内に発熱した　⇒　（　　月　　日　　時頃　　℃　）
（　　）性機能障害（ED）について
（　　）抜け毛について

その他（　　）

☆紹介状・検査結果・お薬手帳
お持ちの方は受付スタッフに
お渡しください

2. 上記症状はいつから続いていますか？
（　　）

3. 現在、内服している薬はありますか？　　はい　・　いいえ
（　　）

4. 今までに病気にかかり、治療(手術)を受けた事がありますか？　　はい　・　いいえ
『はい』のかたは◯をつけてください⇒高血圧　・　糖尿病　・　がん　・　脳卒中　・　喘息　・　心臓病
その他(　　)

5. 薬、食べ物、造影剤のアレルギーはありますか？　　はい　・　いいえ
内容（　　）

6. 体重　（　　kg)＊お子様のみご記入ください