

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

□IPSS/OABSS

泌尿器科

① 症状はいつからですか？ < _____ >

② 症状にチェックをつけてください。複数可

- 排尿の異常 (頻尿・残尿感・尿もれ・夜間頻尿) 前立腺癌の相談 (PSA 高値など)
 膀胱炎かも (急な排尿痛・急な頻尿・膀胱痛) 尿管結石かも (急な腰背部痛・下腹部痛)
 血尿 性器の異常 (腫れている・膿が出る・できもの) 手術の相談 (包茎・パイプカット)
 男性更年期の相談 ED の相談 その他 (_____)

皮膚科

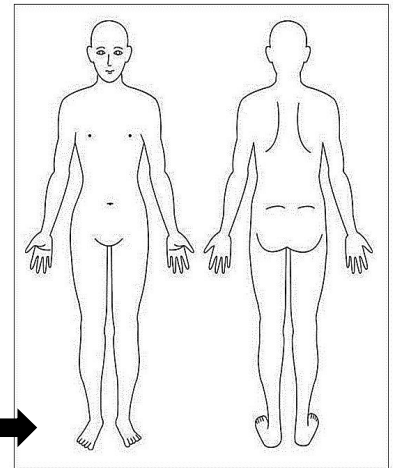
① 症状はいつからですか？ < _____ >

② 症状にチェックをつけてください。複数可

- 痛い かゆい 発疹 腫れた やけど
 じんましん 手術の相談 男性型脱毛 (AGA)
 その他 (_____)

※当院は美容皮膚科ではありませんので、薄いシミなどの専門的な美容目的の治療には対応できません。美容皮膚科にご相談下さい。

患部に○をつけてください



内科・その他の相談

① 症状はいつからですか？ < _____ >

② どのような症状ですか？

■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)。

- なし あり (_____)

■薬や食べ物などのアレルギーがあれば教えてください。

- なし あり (_____)

■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。

- なし あり (_____)

■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。

- ホームページ インターネット検索 電柱広告 バス放送 雑誌・書籍 (_____)
 紹介 (_____) その他 (_____)