

問診票

ふりがな	
氏名	
住所	〒 -
連絡先	-

症状について

① どのような症状ですか？

- 頻尿 夜間の頻尿 尿漏れ 夜尿症 むくみ
 尿の出が悪い 残尿感 排尿時痛 血尿
 腰の痛み(左・右) 睾丸の腫れや痛み(左・右)
 陰茎の腫れや痛み 健診希望 腎臓が心配
 男性更年期 性病検査希望 ED治療
 検診で異常を指摘された(尿潜血・尿蛋白・前立腺)
 その他()

② 今回、症状が出てからほかの病院で治療を受けたことがありますか (ある ・ ない)

③ 症状が出たのはいつ頃からですか？

()

女性のみ教えてください

現在妊娠の可能性はありますか(はい ・ いいえ)

現在授乳中ですか (はい ・ いいえ)