



初めて来院された方へ

フリガナ お名前	性別 男 女	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日
ご住所 (〒 —)	お電話番号 — — (携帯等 — —)	

☆個人情報については厳重に管理・保護しております。

◎ 今日はどうされましたか。

前立腺肥大症 PSAが高い 前立腺炎 性病の疑い ED (勃起障害)
膀胱炎 尿漏れ 血尿 血精液症 (その他)

今日の診察について

治療 手術希望 セカンドオピニオン (自費) (その他)

○ 今までに大きい病気や手術をしたことがありますか。

(はい ・ いいえ)

(はいの場合 ・ 病名 ・ 手術名)

○ 下記の病気で現在治療をしている方は○印をつけてください。

(心臓病 高血圧 糖尿病 緑内障)

○ 抗凝固剤を飲んでいますか。
(血液をさらさらにするお薬)

(はい ・ いいえ)

○ 他の病院でもらっている薬がありましたら全部みせてください。

(この下欄に記入いただいても、診察室で医師・看護師に見せていただいても結構です。)

()

○ 当院を何でお知りになりましたか。○印をつけてください。

(インターネット：ホームページ・その他

・知人の紹介・細井先生執筆の本・看板を見て・その他)

* 前立腺のことで来院された方 *

別紙の記載もお願いいたしますので、受付にてお受け取り下さい。