

問 診 票

年 月 日

ふりがな		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ()才
氏 名	男・女		
住 所	〒□□□□-□□□□		
自宅電話番号		希望される連絡先	
携帯電話番号		自宅 : 携帯 (○で囲んでください)	
メールアドレス	@		

1. 今日はどうされましたか？○をつけてください

■泌尿器科

尿がでにくい 尿の回数が多い 排尿時痛みがある 違和感がある 残尿感がある 尿がもれる
 尿に血が混ざる 下腹部が痛い ウミがでる おりものが多い 陰部にできものがある
 ED 男性不妊症 性病検査希望【クラミジア・淋菌・HIV・梅毒・その他】
 その他()

■内科

発熱(最高 °C) せき のどの痛み 鼻水 下痢 腹痛 嘔吐 頭痛 食欲不振 呼吸困難
 成人病【糖尿病 高血圧 高脂血症】その他()

■皮膚科

部位【頭 顔 首 手 足 腹部 陰部 臀部 爪 全身 その他()】
 かゆみ 湿疹 発赤 痛み 蕁麻疹 アトピー その他()

■背骨矯正健康法(整体)

■その他()

2. いつからですか？ 日前から

3. 他院にかかっていますか？ はい・いいえ

4. 現在、服用中のお薬はありますか？ はい・いいえ
 はい(薬品)

5. 薬や注射で、じんましんやかゆみ等アレルギー反応がでたことがありますか？
 はい(薬品名 症)・いいえ

6. 今までに大きな病気、手術をうけられたことはありますか？
 はい(病名)・いいえ

7. 現在妊娠中ですか？ はい・いいえ 授乳中ですか？ はい・いいえ

8. 当院をどこでお知りになりましたか？

当院ホームページ・他のインターネット情報・タウンページ(電話帳)・御家族・ゆの里
 紹介(紹介者名)・その他()