

問診票

ID: _____

可能な限り下記にご記入、または□にチェックを入れてください

ふりがな			
氏名	男・女	職業	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 歳
住所	〒		
電話番号	- -		
身長:	cm	体重:	kg

Q1 今日はどうなさいましたか？

(具体的に)

性感染症 男性更年期 男性脱毛症(AGA) ED

Q2 その症状はいつからありますか？

()

Q3 現在、治療中の病気はありますか？

なし 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 緑内障 気管支喘息
その他 ()

Q4 内服中の薬はありますか？

いいえ はい→ (お薬手帳持参)

Q5 過去に大きな病気・手術の経験がありますか？

いいえ はい→ ()

Q6 お薬や食物のアレルギーがありますか？

いいえ はい→ ()

Q7 (女性のみ)

妊娠：していない わからない している→ (週)
授乳：していない している

Q8 当院へ来院のきっかけは？ (よろしければお教えてください)

他院より紹介 () ネット検索 タウンページ
知人より紹介 (様) 看板を見て 通りがかり
その他→ ()