

問 診 票

年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令・西暦
氏 名	男・女		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 ー		
自宅電話番号			その他 連絡先
携帯電話番号			
メールアドレス			

当てはまるものに✓を入れてください。その他の場合は具体的に記入してください。

どうされましたか	泌尿器科	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい <input type="checkbox"/> 回数が多い <input type="checkbox"/> 尿漏れ <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 結石 <input type="checkbox"/> 膿が出る <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> 性病検査 (クラミジア・淋菌・HIV・梅毒・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()
	内科	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 発熱 (最高 °C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 ()
	皮膚科	<input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> たこ <input type="checkbox"/> その他 () 部位はどこですか? ()
	その他	<input type="checkbox"/> 背骨矯正健康法 <input type="checkbox"/> その他 ()
症状はいつからですか	月 日から / 日前から / ヶ月前から / 不明	
かかったことのある または かかっている病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()	
これまでに右の感染症と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()	
内服中のお薬はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () お薬手帳があればお出しください。	
入院・手術をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名: / 歳 病名: / 歳	
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
女性の方	現在 妊娠中: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 授乳中: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	