

問 診 票

年 月 日

ふりがな			
氏 名			
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚
住 所	〒 -		
電話番号	()	携帯番号	()

① 今日はどうされましたか？

[]

それはいつからですか？ (年 月 日頃から)

② 現在、気になる症状がありましたら該当する項目の口に印をつけてください。

- 尿が出にくい 残尿感がある 尿の勢いが弱い
尿が近い(夜間 回) 尿が漏れる
尿がにごる おしっこの時痛みがある 尿道から分泌物(膿など)がでる
尿が赤い 背中・脇腹が痛い[左 ・ 右] 下腹が痛い[左 ・ 右]
夜尿症 陰茎(おちんちん)が腫れている 陰茎(おちんちん)が痛い
睾丸が腫れている[左 ・ 右] 睾丸が痛い[左 ・ 右] 精液に血が混ざる
ED(勃起不全): 自費での診療になります
その他相談したいことがある ()

③ 一週間以内に熱はでていますか？

いいえ はい (月 日 度 分)

④ 現在、何かお薬を飲んでいますか？

いいえ はい ()

⑤ 現在、通院治療されている病気やけがはありますか？

いいえ はい いつから ()
病名 ()

⑥ 今までに大きな病気、けが、手術の経験がありますか？

病名 () 年齢 (歳) 手術 無・有 病院名 ()
病名 () 年齢 (歳) 手術 無・有 病院名 ()

⑦ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい 何に ()

⑧ 現在、喫煙されていますか？ もしくは過去に喫煙されていましたか？

いいえ はい (1日 本) × (年)

⑨ お酒は飲みますか？

いいえ はい (1日 杯)

⑩ 現在、妊娠・搾乳中ですか？ (女性の方のみお答えください)

いいえ はい

ご記入ありがとうございました