

問 診 票

年 月 日

問診した内容は診察や事前検査の参考にさせて頂いています。
ご記入の際、不明な点は空白のまま結構です。ご協力お願い致します。

| | | |
|------|-------------------|-------------|
| フリガナ | | 男 ・ 女 |
| 氏 名 | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | 才 |
| 住 所 | 〒 | |
| 電話番号 | 携帯 | 身長 cm・体重 kg |

1. 泌尿器科
2. 皮膚科
3. その他

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

臭合の悪い個所に○を付けて下さい

前 後

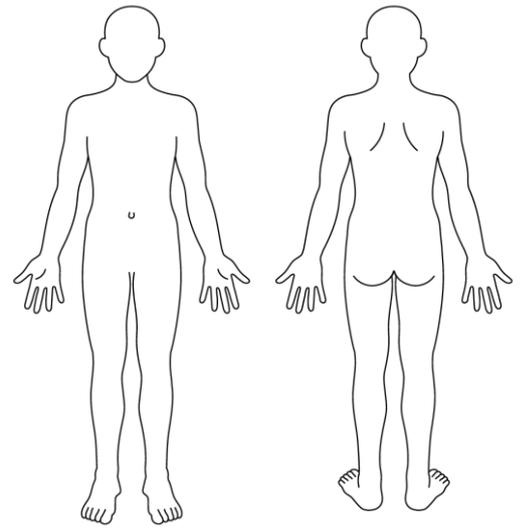
検査の結果にて 再検 性病検査 前立腺がん検診
勃起障害(ED) 男性型脱毛(AGA)

2. 現在治療中又は今までにかかった病気はありますか？

- いいえ はい
高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病
ぜん息 鼻炎 花粉症 蕁麻疹

その他

()



3. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

(他医の薬、市販の薬、健康食品等)

- いいえ はい

※内服中の方は、お薬手帳等を提示していただくか、ご記入ください

()

4. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- いいえ はい

具体的に記入してください

()

5. 女性の方のみ

妊娠の可能性 無 有

授乳中ですか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡し下さい。

医療法人 正風堂 みどりの風クリニック