



問診票

フリガナ

氏名

【年齢】

歳

男性

女性

生年月日

明治

大正

昭和

平成

年

月

日

住所

〒

—

市町村群

番地

アパート
マンション名

電話番号

(

)

—

■下記の質問にお答え下さい

身長

cm

体重

kg

①いつ頃から具合が悪いですか？

(

) 日前

(

) 週間前

(

) 月前

(

) 年前

その他

(

)

②どんな症状がありますか？

【その他の理由】

 集団検診、定期検診、人間ドック等で受診を勧められた。

【理由】(尿潜血、蛋白尿、PSA 高値)

その他の場合はお書き下さい (

)

 けが 【場所】 (

)

 性病検査希望 ED (勃起障害) AGA (男性型脱毛症) LOH 症候群 (男性更年期)

③今までに大きな病気、手術、けが、又は現在治療中の病気がありますか？

 高血圧 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 糖尿病 喘息 肝臓病 腎臓病【血液の病気または手術】 (病気 手術)

【その他】 (

)

④現在内服している薬がありましたらお書き下さい。説明書をお持ちのようでしたら結構です。

⑤薬のアレルギーはありますか？

 はい いいえ

※あるにチェックの場合は薬の名前もお書き下さい (

)

⑥女性の方にお聞きします。現在妊娠していますか？

 はい いいえ わからない

⑦当医院をどのようにお知りになりましたか？

 医院の紹介 電話帳 新聞 看板 知人からの紹介 インターネット その他 (

)

ご記入ありがとうございました。

問診票を受付にてお預かりいたしますのでご提出してください。