

診察申込問診書

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	体重
氏名			kg
生年月日	(大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日	年齢	
住所	(〒 -)		
携帯番号	- -	電話番号	- -

思い当たる症状の□に✓の記入をお願いします。(複数可)
該当するのがなければその他欄に✓を記入し症状の記入もお願いします。

<input type="checkbox"/> 陰部に違和感がある <input type="checkbox"/> 尿漏れがある <input type="checkbox"/> 排尿後も残った感じがする <input type="checkbox"/> 急に尿がしなくなつて困つてる <input type="checkbox"/> 性病検査がしたい <input type="checkbox"/> 陰部にできものができた <input type="checkbox"/> 陰茎先が腫れている <input type="checkbox"/> 陰茎先が痛い <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 膿が出る <input type="checkbox"/> 排尿中に痛みがある <input type="checkbox"/> 排尿後に痛みがある	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる <input type="checkbox"/> 腰・背部痛がある(右・左) <input type="checkbox"/> 熱が出た、ある(°C) <input type="checkbox"/> PSAが高いといわれた <input type="checkbox"/> 子供ができない <input type="checkbox"/> 勃起障害について相談したい <input type="checkbox"/> パイプカットの手術(相談・手術希望) <input type="checkbox"/> 包茎手術(相談・手術希望) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介(病院名) <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--

症状はいつから出ていますか?
()

よく眠れていますか? 便の状態は?
(はい ・ あまり ・ いいえ) (下痢 ・ 快便 ・ 便秘 ・ 堅い)

現在飲んでいる薬はありますか?
(ない ・ ある →薬の名前)

薬や注射でじんましんやショック等が起きたことがありますか?
(ない ・ わからない ・ ある →ペニシリン・かぜ薬・その他())

今までに大きな病気や手術を受けられたことがありますか?
(ない ・ わからない ・ ある →病名・手術名)

現在治療している病気はありますか?
(ない ・ わからない ・ ある →病名)

当院を何でお知りになりましたか?
(インターネット ・ タウンページ ・ 看板/広告 ・ 病院紹介 ・ 他())

50歳以上の男性にお伺いします
1年以内にPSA(前立腺がんのマーカ―)の検査をしたことは(ある ・ ない)

女性の方にお伺いします
妊娠の可能性(ある ・ ない ・ わからない)

生理は(まだない ・ 順調 ・ 不順 ・ 閉経) 最終月経(月 日より 日間)