

# 受診問診表

フリガナ 氏名	生年月日 明大昭平 年 月 日	性別 男 女
電話番号	e-mail	
住所 (〒 - )		

喫煙 有 無 飲酒 有 無 妊娠 有 無 授乳 有 無

下記の内容で該当する項目、気になる項目のすべてにチェック印をお付けください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 頻尿（おしっこが近い）      | <input type="checkbox"/> 男性更年期が気になる                                    |
| <input type="checkbox"/> 残尿感（排尿後すっきりしない）  | <input type="checkbox"/> ED（勃起不全）が気になる（ <input type="checkbox"/> 処方希望） |
| <input type="checkbox"/> 排尿痛（排尿時痛い）       | <input type="checkbox"/> よく眠れない、疲れが取れない                                |
| <input type="checkbox"/> 尿が出にくい、全くでない     | <input type="checkbox"/> がんが気になる                                       |
| <input type="checkbox"/> 血尿（尿に血が混ざる）      | <input type="checkbox"/> 漢方について知りたい                                    |
| <input type="checkbox"/> 尿路結石が気になる        | <input type="checkbox"/> 禁煙外来希望  |
| <input type="checkbox"/> 性感染症が気になる        | <input type="checkbox"/> AGA（男性型脱毛症）                                   |
| <input type="checkbox"/> 性器が気になる          | <input type="checkbox"/> プライダルチェック（自費診察、男性限定）                          |
| <input type="checkbox"/> 性器や陰部にブツブツがある、痒い | <input type="checkbox"/> その他（ ）  |
| <input type="checkbox"/> 健康診断で再検査（項目： ）   |  |

■上記の項目が気になるのはいつ頃からですか？

■薬や注射、食べ物などでアレルギーがございましたら教えてください。

なし 薬・注射（ ） 喘息・花粉症 食べ物（ ）

■今までにかかった大きな病気、手術を教えてください。

なし ・ ある（あるにチェック印を付けて頂いた方は、下記項目もご記入下さい）

年 月頃	病名	病院名
年 月頃	病名	病院名

■現在治療中の病気、服用中の薬があったら教えてください。

なし ・ ある（お薬手帳を持っている）

病名	病院名	服用中の薬
病名	病院名	服用中の薬

■当クリニックのことを何でお知りになりましたか？該当する箇所を○で囲んで下さい。

HP（検索ワード ） / NET検索（サイト名 ） / 看板  
紹介（知人・家族・職場） / 他院の紹介（病院名 ） / その他（ ）

■湘南太陽会グループのクリニックで診察を受けられたことはありますか？ はい（鳥居・相生・根岸）・いいえ

個人情報保護法の施行に伴い、当院ではスタッフ及び関係者にこれを周知徹底し、適切な個人情報の管理と保護に努めます。

