

受診問診表

フリガナ 氏名	生年月日 明 大 昭 平 令 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

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。

頻尿（おしっこが近い）

男性更年期が気になる

残尿感（排尿後すっきりしない）

よく眠れない、疲れが取れない

排尿痛（排尿時痛い）

AGA（男性型脱毛症）

尿が出にくい、全くでない

がんが気になる

血尿（尿に血が混ざる）

ED（勃起不全）が気になる（処方希望）

尿路結石が気になる

プライダルチェック（自費診察、男性限定）

性感染症が気になる

禁煙外来希望

性器が気になる

漢方について知りたい

性器や陰部にブツブツがある、痒い

その他（ ）

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？（鳥居・相生・根岸）

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。