受診問診表

フリガナ 氏名	生年月日 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　　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。

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

■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。

スカイビル
腎・泌尿器科クリニック