

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		

下記の内容で気になる項目すべてにチェック印をお付けください。

泌尿器科について

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 前立腺が気になる
(排尿障害、夜間の頻尿など) | <input type="checkbox"/> 男性更年期障害が気になる
(ED、全身倦怠感、うつ症状など) |
| <input type="checkbox"/> 膀胱が気になる
(頻尿、残尿感、排尿障害、尿漏れなど) | <input type="checkbox"/> 尿路結石が気になる
(腎臓、膀胱) |
| <input type="checkbox"/> 性感染症が気になる
(排尿痛、うみがでる、検査希望) | <input type="checkbox"/> 性器が気になる
(包茎、亀頭部・陰部の発疹など) |
| <input type="checkbox"/> 健康診断で再検査になった(項目) | <input type="checkbox"/> その他 () |

内科について

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 風邪症状(発熱 °C・咳・鼻水) | <input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病・高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛・嘔吐・吐き気 | <input type="checkbox"/> 不眠・疲労・不安感・うつ症状 |
| <input type="checkbox"/> 下痢・便秘・血便 | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい・息苦しい |
| <input type="checkbox"/> がんが気になる | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓が気になる・飲み過ぎ | <input type="checkbox"/> 健康診断で再検査になった(項目) |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

注射療法について

- ニンニク注射 プラセンタ注射 ビタミン注射 肝機能回復注射 その他 ()

■ 上記の項目が気になるのはいつからですか？

■ 薬や注射のアレルギーがありましたら教えてください。

■ 今までにかかった大きな病気、手術を教えてください。(いつ頃・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。(いつ頃・病名・病院名)

■ 当クリニックは院内処方ですが、院外処方ご希望の方はチェック印をお付けください。

■ 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・ねぎし・スカイビル)

■ 当クリニックのことを何でお知りになりましたか？

HP (検索ワード) / NET 検索 (サイト名) / 以前受診したことがある / 看板
紹介 (知人・家族・職場) / 他院の紹介 (病院名) / その他 ()

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。