

受診問診票

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		

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 (E D、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・飲みすぎ	<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

<input type="checkbox"/> ニンニク注射	<input type="checkbox"/> プラセンタ注射	<input type="checkbox"/> ビタミン注射	<input type="checkbox"/> 肝機能回復注射	<input type="checkbox"/> 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？

H P (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 ()