

問 診 票

問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。
ご記入の際、不明な点は空白のままで結構です。ご協力お願い致します。

令和 年 月 日

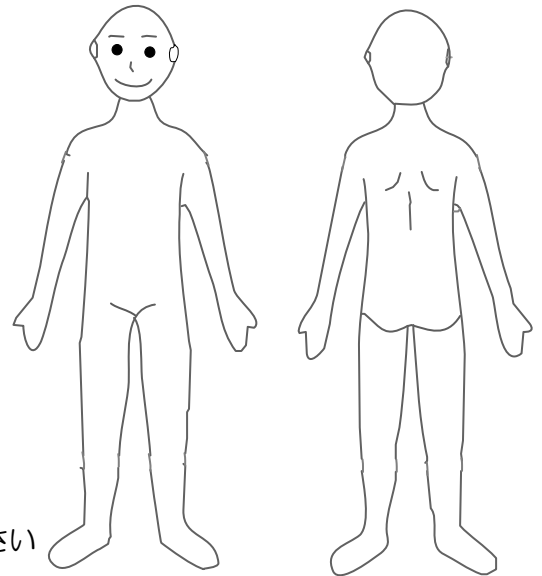
フリガナ		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	才
住 所	〒	
電話番号	携帯	身長 cm・体重 kg

- 1. 泌尿器科
- 2. 皮膚科
- 3. その他

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

具合の悪い個所に○を付けて下さい

前 後



検査の結果にて 再検 性病検査 前立腺がん検診
勃起障害(ED) 男性型脱毛(AGA)

2. 現在、飲んでいるお薬はありますか？
 (他医の薬、市販の薬、健康食品等)
いいえ はい ()

※内服中の方は、お薬手帳等を提示していただくか、ご記入ください

3. 現在治療中又は今までにかかった病気はありますか？
いいえ はい
高血圧糖尿病心臓病腎臓病肝臓病
胃・十二指腸潰瘍結核 喘息 その他

4. これまでに飲み薬や注射薬で気分が悪くなったり、副作用が出たことがありますか？
いいえ はい 抗生剤(抗生物質) かぜ薬 解熱鎮痛剤 その他

5. アレルギー体質と言われたことがありますか？
いいえ はい ぜん息 鼻炎 結膜炎 花粉症 蕁麻疹
湿疹 アトピー
その他 ()

6. 女性の方のみ
 妊娠の可能性 無 有
 授乳中ですか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡し下さい。
 川原医院