

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"/> 性行為感染症が気になる (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"/> その他()	

— 内科について —

<input type="checkbox"/> 風邪症状が気になる (発熱、喉の痛み、咳など)	<input type="checkbox"/> 胃腸が気になる (胃の痛み、腹痛、便秘、下痢、吐き気など)
<input type="checkbox"/> 肝臓が気になる (飲みすぎ、検査希望)	<input type="checkbox"/> 疲労が気になる (働きすぎ、検査希望)
<input type="checkbox"/> 生活習慣病が気になる (高血圧、糖尿病、高脂血症など)	<input type="checkbox"/> がんが気になる (胃、肺、大腸など)
<input type="checkbox"/> 不眠、不安感、うつ症状が気になる	<input type="checkbox"/> その他()

— 注射療法・メディカルチェックについて (こちらの項目は自費診療となります) —

<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"/> 各種メディカルチェック	<input type="checkbox"/> その他()		

■ 上記の項目・症状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。(治療もしくは手術した病院名)

年	月頃	病名	病院名
年	月頃	病名	病院名

■ 現在治療中の病気、服用中の薬がありましたら教えてください。

年	月頃	病名	病院名	服用中の薬
年	月頃	病名	病院名	服用中の薬

■ 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。

■ 本院の鳥居泌尿器科・内科で診察を受けられたことはありますか？(はい・いいえ)

■ 当クリニックのことを何でお知りになりましたか？()

■ 下記の項目でご興味があることがございましたら、チェック印をお付けください。

アロマセラピー 漢方薬 健康食品

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はこれを周知徹底し、適切な個人情報の管理と保護に努めます。