# 問診票（男性）

記入日　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　　名 | | 生年月日　Ｓ　Ｈ　　年　　月　　日（　　歳） | |
| | | 身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ | |
| 職　　業 | | 未婚　既婚　（結婚　　年）　子ども（　　）人 | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | 携帯電話 | |

クリニックを何で知りましたか？　看板（ｸﾘﾆｯｸ前・駅構内・改札）・紹介（　　様より）・ホームページ

ネット検索（ｳｨﾒﾝｽﾞﾊﾟｰｸ・ﾀｳﾝﾉｰﾄ・病院なび・ぐるなび・その他［　　］）・他　（　　）

当院よりご連絡する際、当院名を告げてもよろしいですか？　　はい　　いいえ

1.　本日はどのような症状で受診をご希望ですか？

精液検査・ＡＧＡ（男性脱毛症）・点滴・漢方・その他

（症状：　　）

2.　持病やアレルギーはありますか？　　はい　　いいえ

高血圧　喘息　不整脈　糖尿病　その他（　　）

アレルギー（食物：　　薬剤：　　その他：　　）

3.　現在治療中の病気・服用しているお薬はありますか？　　はい　　いいえ

病名（　　）　薬品名（　　）

4.　感染症にかかったことはありますか？　　はい　　いいえ

Ｂ型肝炎　Ｃ型肝炎　梅毒　ＨＩＶ　クラミジア　その他（　　）

5.　採血で気分が悪くなることはありますか？　　はい　　いいえ

6.　アルコール綿で皮膚がかぶれることはありますか？　　はい　　いいえ

7.　飲酒の習慣はありますか？　　はい　　いいえ

（種類＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿回/週　＿＿＿＿本・杯）

8.　喫煙の習慣はありますか？

（約　＿＿＿年間　＿＿＿本/日　）　禁煙した（＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月より）

9.　今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？　　はい　　いいえ

“はい”とお答えした方は下記もご記入ください。

| 時期・年齢 | 病名 | 治療（手術の有無など） |
|---|---|---|
| 年　　月（　　歳） | | |
| 年　　月（　　歳） | | |

美馬レディースクリニック